

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 13, número 2, suplemento 1, octubre 2012



Fundación

SMFyC

22º Congreso

Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria

SAMFyC 2012

Del 24 al 26 de Octubre

SEVILLA

Sede: Hotel Meliá Lebreros

www.samfycsevilla2012.com

info@samfycsevilla2012.com

Secretaría técnica

acm
andaluza de
congresos médicos

Comité de Honor

PRESIDENCIA DE HONOR

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

MIEMBROS

Excmo. Sr. Alcalde de Sevilla
D. Juan Ignacio Zoido Álvarez

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

Ilmo. Sr. Presidente de la Diputación de Sevilla
D. Fernando Rodríguez Villalobos

Sr. Rector Magnífico de la Universidad de Sevilla
Dr. D. Antonio Ramírez de Arellano López

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

Ilma. Sra. Delegada provincial de Salud y Bienestar Social en Sevilla
D^a. Francisca Díaz Alcaide

Ilmo. Sr. Decano de la Facultad de Medicina de Sevilla
Prof. D. Juan Ramón Lacalle Remigio

Sr. Presidente del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos
Dr. D. Javier de Teresa Galván

Sr. Presidente del Real e Ilustre Colegio de Médicos de Sevilla
Dr. D. Carlos Javier González-Villardell Urbano

Sra. Presidenta SAMFyC
Dra. D^a. Paloma Porras Martín

Comité Organizador

Presidente

Dr. D. Juan de Dios Alcántara Bellón
Médico de Familia. UGC Bollullos del Condado. Huelva.

Secretaria

Dra. D^a. Leonor Marín Pérez
Médico de Familia. UGC Bollullos del Condado. Huelva.

Vocales

Dra. D^a. Isabel Corona Páez
Médico de Familia. UGC Palma-Palmilla. Málaga.

Dra. D^a. Eloisa Fernández Santiago
Médico de Familia. UGC Palmeritas. Sevilla.

Dr. D. Pablo García López
Médico de Familia. UGC Gran Capitán. Granada.

Dra. D^a. Carmen Lama Herrera
Médico de Familia. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

Dr. D. Manuel Lubián López
Médico de Familia. UGC Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz.

Dra. D^a. M^a Eulalia Lucio-Villegas Menénedez
Médico de Familia. UGC Amante Laffón. Distrito Atención Primaria. Sevilla.

Dra. D^a. M^a Luisa Manzanares Torné
Médico de Familia. UGC Pino Montano B. Sevilla.

Dra. D^a. María Mercedes Martínez Granero
Médico de Familia. UGC Camas. Sevilla.

Dr. D. Enrique Martín Rioboó
Médico de Familia. UGC Fuensanta. Córdoba.

Dra. D^a. María Inmaculada Mesa Gallardo
Médico de Familia. Unidad de apoyo a la Formación, Investigación y Calidad del Distrito Condado Campiña. Sevilla.

Dr. D. Francisco R. Serrano Galán
Médico de Familia. UGC Tomares Aljarafe. Sevilla.

Comité Científico

Presidente

Dr. D. Miguel Solís de Dios
Médico de Familia. UGC Mairena del Aljarafe. Sevilla.

Vocales

Dra. D^a. Pilar Bohórquez Colombo
Médico de Familia. UGC Camas. Unidad de Investigación del Distrito de Aljarafe. Sevilla.

Dr. D. Andrés Fernández Gregorio
Médico Residente de 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Pino Montano A. Sevilla.

Dr. D. Juan Francisco García Masegosa
Médico de Familia. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.

Dra. D^a. M^a Carmen Montero Balosa
Farmacéutica de Atención Primaria. Servicio de Farmacia. Distrito Aljarafe. Sevilla.

Dra. D^a. Ana Morán Rodríguez
Médico de Familia. Dispositivo de Cuidados Críticos de Urgencias. San Fernando. Cádiz.

Dr. D. Javier Padilla Bernáldez
Médico Residente de 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Castilleja de la Cuesta. Sevilla.

Dr. D. Antonio Pérez Márquez
Médico de Familia. UGC Los Rosales. Huelva.

Dr. D. Alejandro Pérez Milena
Médico de Familia. UGC El Valle. Jaén.

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

Dr. D. Roger Ruiz Moral
Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Córdoba.

Dr. D. Cristóbal Trillo Fernández
Médico de Familia. UGC Puerta Blanca. Málaga.

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidenta

Paloma Porras Martín

Vicepresidente Primero

Francisco José Guerrero García

Vicepresidente Segundo

José Antonio Prados Castillejo

Vicepresidenta Tercera

Eloísa Fernández Santiago

Secretaria

Herminia M. Moreno Martos

Vicepresidente Económico

Jesús Sepúlveda Muñoz

Coordinadora General Grupos de Trabajo SAMFyC

Amparo Ortega del Moral

Vocal de Docencia

Herminia M. Moreno Martos

Vocal de Investigación

Alejandro Pérez Milena

Vocal de Residentes

Francisco Javier Castro Martínez

Vocal de Relaciones Externas

Eloísa Fernández Santiago

Vocal provincial de Almería:

Vocal provincial de Cádiz:

Vocal provincial de Córdoba:

Vocal provincial de Huelva:

Vocal provincial de Jaén:

Vocal provincial de Málaga:

Vocal provincial de Granada:

Vocal provincial de Sevilla:

M^a. Pilar Delgado Pérez

M^a. José Serrano Muñoz

Juan Manuel Parras Rejano

Jesús E. Pardo Álvarez

Justa Zafra Alcántara

Rocío E. Moreno Moreno

Francisco José Guerrero García

Leonor Marín Pérez

pdelgadomedico@hotmail.com

majsemu@hotmail.com

juanprj@gmail.com

jeparedes10@teleline.es

justazafra@hotmail.com

roemomo@hotmail.com

franguerrero72@yahoo.com

leonorjl04@yahoo.es

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.
Luis Ávila Lachica. Málaga.
Juan de Dios Alcántara Bellón. 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 Almendro. Málaga
Bernabé Galán Sánchez. Córdoba.
Luis Gálvez Alcaraz. Málaga.
Francisco Javier Gallo Vallejo. Granada.
Pablo García López. Granada.
M^a. Carmen García Tirado. Granada.
José María de la Higuera González. Sevilla.
José Lapetra Peralta. Sevilla.
Francisca Leiva Fernández. Málaga.
José Gerardo López Castillo. Granada.
Luis Andrés López Fernández. Granada.
Fernando López Verde. Málaga.
Manuel Lubián López. Cádiz.
Joaquín Maeso Villafaña. Granada.
Eduardo Mayoral Sánchez. Sevilla.
Rafael Montoro Ruiz. Granada.
Guillermo Moratalla Rodríguez. Cádiz.
Herminia M^a. Moreno Martos. Almería.
Francisca Muñoz Cobos. Málaga.
M^a Ángeles Ortiz Camúñez. Sevilla.
Maximiliano Ocete Espínola. Granada.
Juan Ortiz Espinosa. Granada.

Beatriz Pascual de la Pisa. Sevilla.
Luis Pérula de Torres. Córdoba.
Miguel Ángel Prados Quel. Granada.
J. 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 Duránte. Jaén.
Juan Tormo Molina. Granada.
Cristóbal Trillo Fernández. Málaga.
Amelia Vallejo Lorenzo. Almería.

REPRESENTANTES INTERNACIONALES:

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

Medicina de Familia. Andalucía

Incluida en el Índice Médico Español

Título clave: Med fam Andal.

Para Correspondencia

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

Disponible en formato electrónico en la web de la
SAMFyC: <http://www.samfyc.es>
e ir a <<Publicaciones SAMFyC>>
E-mail: revista@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 autori-
zación 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 plas-
tificados totalmente biodegradables.*

Printed in Spain.

Maqueta: Antonio J. García Cruz

Imprime: Etc [...] Ediciones Turísticas y Cultura-
les, S. L.



Publicación Oficial de la
Sociedad Andaluza de Medicina
Familiar y Comunitaria

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

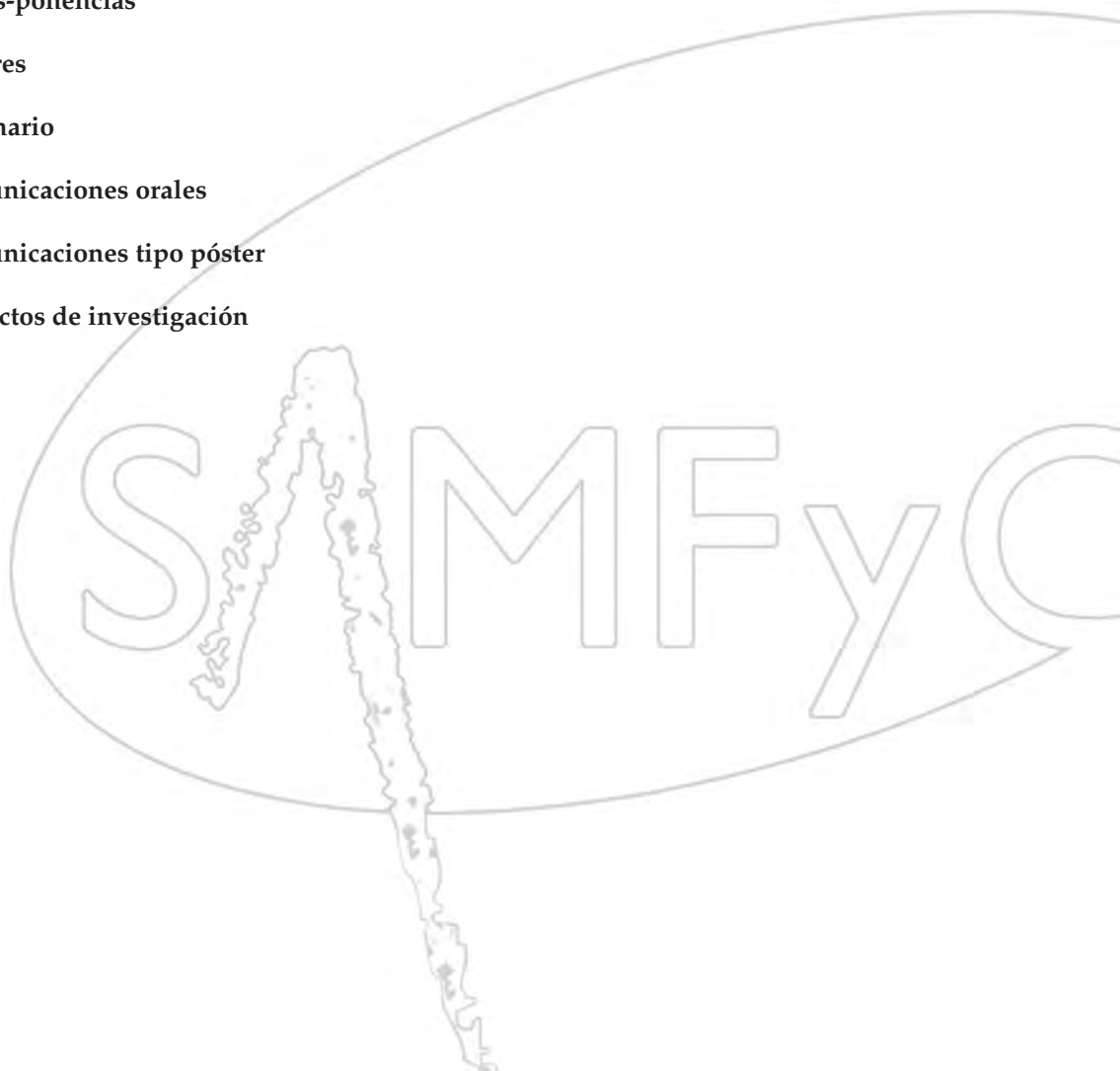
Med fam Andal Vol. 13, nº. 2, suplemento 1
octubre 2012

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

Gracias por vuestra colaboración.

Sumario

- 12 Prólogo
- 14 Conferencia Inaugural
- 16 Mesas-ponencias
- 32 Talleres
- 70 Seminario
- 74 Comunicaciones orales
- 148 Comunicaciones tipo póster
- 287 Proyectos de investigación





*Prólogo
Conferencia inaugural
Mesas-ponencias
Talleres
Seminario*

PRÓLOGO

Alcántara Bellón JD

Presidente del Comité Organizador

Sólo han transcurrido una docena de meses desde que nos embarcamos en la organización del 22º Congreso Andaluz de Medicina de Familia y Comunitaria... y, sin embargo, nuestro entorno profesional, laboral y personal está sufriendo cambios tan severos que los médicos de familia -suficientemente acostumbrados a gestionar las permanentes "crisis" que ha conllevado el nacimiento y desarrollo de nuestra especialidad- percibimos con nitidez que ésta nos está superando sobradamente y comprobamos cómo se ha generado un grado de crispación en nuestros centros de Atención Primaria y de atención a las urgencias que no habíamos vivido nunca.

En las tres últimas décadas, los médicos de familia hemos contribuido con nuestra dedicación, responsabilidad y compromiso a construir un sistema sanitario público modélico. Nuestra participación ha sido crucial a la hora de hacer efectiva su orientación centrada en la calidad asistencial, en la eficiencia de los recursos y en los ciudadanos. Si los andaluces podemos mostrar orgullosos nuestro sistema sanitario, los médicos de familia hemos contribuido en gran medida a alcanzar estos resultados. Y nuestra Sociedad científica ha sabido mantenerse en la vanguardia de los cambios.

Este viaje ha sido duro porque nos ha supuesto impulsar un ingente cambio cultural, tanto en los ciudadanos como en los gestores y otros estamentos profesionales, y asumir un notable esfuerzo formativo.

Años en los que nuestras reivindicaciones siempre han estado centradas en mejorar nuestro desempeño profesional y avanzar en la consolidación de la Atención Primaria, tras una reforma que se hacía interminable. Años en los que constatábamos cómo el primer nivel asistencial, en el que se resuelve la gran mayoría de los problemas de salud de la población, no recibía

una financiación suficiente, pareja a una cartera de servicios creciente y al volumen de demanda asistencial atendida.

Pero en los últimos meses, sumidos en esta "madre de todas las crisis" macroeconómica, los profesionales, que constituimos el principal activo del sistema sanitario, hemos venido soportando en primera persona una batería de medidas de recortes.

Perplejos, comprobamos cómo lo que hace un año -cuando Córdoba nos acogía en nuestro anterior 21º Congreso- parecía sólido e intocable ha dejado de serlo. Cómo los valores de universalidad, equidad y accesibilidad que los gestores y políticos con responsabilidades sanitarias proclamaban que jamás sufrirían detrimento alguno han dejado de serlo.

Más aún cuando hemos sido testigos de un desmesurado crecimiento de entidades, de muy diversa naturaleza jurídica pero sostenidas con fondos públicos, que han devenido en una ingente administración paralela sin carácter ni función asistencial, que duplica costes y cuya eficiencia -más en estos tiempos de severos ajustes presupuestarios- resulta más que cuestionable.

Es posible que nosotros mismos contribuyamos a ello, demorando que los médicos de familia -de primaria, de urgencias- nos podamos manifestar con una voz única, unificando las distintas Sociedades. Esta *crisis* podría servir también para que todos pusiéramos nuestro granito de arena.

Los gestores de la sanidad pública deberían afrontar los recortes aplicando criterios mucho más selectivos: usando un bisturí, no tijeras de podar. No es necesario *inventar* nada; tal vez aplicar la filosofía *lean manufacturing* (*lean*, en inglés, esbelto, sin grasa) del modelo de calidad japonés: eliminar el despilfarro, "desechar la

grasa y adelgazarla", potencia la calidad y reduce costes. En nuestro caso, "potenciar el magro", los servicios asistenciales, y "desechar la grasa", la ingente administración paralela no asistencial y las múltiples iniciativas, con más artificio que sentido, que sólo pueden ser útiles para sustentar el autobombo.

Nuestro Congreso nos debe permitir, más que nunca, estar unidos como profesionales que compartimos los mismos valores, los mismos retos, las mismas dificultades. Por eso, presentamos un mimado Programa Científico que resulta atractivo y efectivo, que combina calidad y rigurosidad; centrado fundamentalmente en contenidos asistenciales y a la mejora de nuestras habilidades y competencias, porque estos son los *ingredientes* que realmente preferimos como médicos de familia.

Y también debemos aplicarnos en eliminar nuestra propia grasa. Es bastante probable que esta crisis suponga la muerte de una tipología

de congresos médicos, insostenibles por las crecientes dificultades de financiación. Es tiempo de experimentar nuevas fórmulas organizativas y de explorar vías alternativas de financiación. Este año, somos pioneros en lograr un Congreso sostenible, desechando el uso de materiales no reciclables.

Tal vez, como presidente del Congreso, debería haber comenzado estas líneas declarando los encantos del otoño en Sevilla y anunciando cómo nos acogerá para disfrutarla y admirarla. Pero la incertidumbre y el desasosiego que compartimos no me ha permitido mirar para otro lado.

Pero si sé cómo finalizarlas. Agradeciendo a las compañeras y compañeros que se han sumado a esta travesía en los comités Organizador y Científico, liderado por Miguel Solís, su esfuerzo, tiempo y dedicación. A todos los que, con vuestra asistencia y participación, lo engrandecéis. Y a todos los que, cubriéndonos en nuestros centros de trabajo, lo hacéis posible.

CONFERENCIA INAUGURAL

La solvencia del sistema sanitario público

Ortún Rubio V

Universidad Pompeu Fabra

Decano de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

Renovar los servicios sanitarios en una situación de crisis implica:

- Aprender de la experiencia histórica que muestra cómo el impacto de la crisis en la salud depende de la organización y políticas de cada país.

- Insistir en la solvencia del Estado del Bienestar (EB) para que sea compatible el aumento de la productividad con el reforzamiento de una de las conquistas más importantes de la humanidad, el propio EB.

- Financiación pública selectiva del gasto sanitario, pagando por lo que interesa socialmente, y con una financiación privada complementaria, mejor comunitaria, para el resto de las prestaciones.

- Planificación, reducción de la brecha entre efectividad y eficacia, eliminación de grasa y reasignación.

- Sacudir las organizaciones: Autonomía responsable, competencia por comparación y redistribución racional de funciones entre el personal de los servicios sanitarios y sociales.

- Credibilidad, rendición de cuentas y compromiso de todos los actores implicados.

Cada uno de los puntos anteriores será abordado, y ejemplificado, en la conferencia. La recapitulación final desvelará los cinco relatos subyacentes.

Guía de viaje a la frontera (Coetzee)

El desplazamiento de la frontera tecnológica implica costes adicionales pero no todas las tecnologías son iguales. Las de pobre o nulo coste-efectividad no mejoran el bienestar y aumentan el despilfarro. Las claramente coste-efectivas, de alto o bajo coste, y que evitan la inadecuación,

marcan el camino a recorrer. Las potencialmente coste-efectivas con beneficios muy heterogéneos exigen una bien calculada restricción de oferta.

Las dos Españas (Machado)

Hoy son otras las dos Españas de Machado: la abierta al mundo, meritocrática, formada por organizaciones, empresas e individuos, capaces de competir internacionalmente, y la que mira hacia adentro, no habla idiomas, y espera todo de la Administración Pública, la España de los cazadores de rentas que confían en el amiguismo para conseguir subsidios y negocios. Los dos únicos países grandes de Europa que han mantenido su cuota mundial en la exportación de bienes y servicios desde que se creó el euro son Alemania...y España mientras que Francia, Italia e incluso EE.UU. pierden posiciones.

Todos podemos innovar (Amancio Ortega)

No confundir invención con innovación. Importa menos la productividad marginal de la investigación biomédica decrezca o que cada 9 años, durante los últimos cuarenta, se haya doblado el coste de lanzar una molécula al mercado si recordamos que: a/ Sólo el 0.5% de las innovaciones en Sanidad ahorran costes (como los antibióticos o la cirugía mayor ambulatoria); b/ La mayor parte de la innovación (Inditex, Ikea...) tiene una base no científica; c/ La quiromancia todavía supera a la genómica. Recuperar la planificación implica conseguir el legítimo control de la oferta que condiciona la práctica clínica.

Poder y efectividad sanitaria (Amartya Sen)

Los poderosos actuales concentran en cada sociedad una proporción cada vez más alta de la renta –aumenta la desigualdad en el seno de

los países- lo cual es compatible con una especie de convergencia mundial, que ha supuesto una menor desigualdad entre los 7.000 millones de habitantes del mundo . La igualdad de oportunidades conviene a la justicia y al progreso social. Para disponer de una educación y un acceso a los servicios sanitarios que eviten la pobreza y la miseria dinásticas hay que financiar públicamente esos servicios.

Credibilidad y buen gobierno (Daron Acemoglu)

La maduración social y organizativa debería comportar una cierta desfuncionarización, una

autonomía responsable de las organizaciones sanitarias y una cierta competencia por comparación entre ellas. Ni en la partitocracia actual ni en un retorno a la democracia corporativa franquista está la solución. No habrá mejor gestión sanitaria pública sin un mejor gobierno público. En el camino a recorrer tienen importancia equivalente el qué y el cómo, la racionalidad técnica y la legitimidad social, legitimidad que se acrecienta con un buen gobierno, concepto complejo en el que se incluyen, entre otros, la necesidad de transparencia, la rendición de cuentas, la regulación de los conflictos de interés, y la profesionalización de las funciones ejecutivas del sistema.

MESA: Estrategias para una prescripción prudente

Ponencia: Iniciativa para una prescripción prudente. Importancia en Atención Primaria

Rosado López A¹, Calvo Pita C², Bravo Toledo R³, Gavilán del Moral E⁴, Fernández Oropesa C⁵

¹Médico de Familia. CS San Andrés. Madrid

²Farmacéutica de AP. Dirección Asistencial NE. Madrid

³Médico de Familia. CS Linneo. Madrid

⁴Médico de Familia. CS Montehermoso. Cáceres

⁵FAP. Gerencia del SAS. Sevilla

Introducción

La prescripción de medicamentos tiene lugar en un contexto clínico que supone un encuentro entre personas, con un sentido práctico, singular y subjetivo.

Como tal, la prescripción encierra un compromiso en el que lo primero es no dañar, ser honestos, conocer los límites y los riesgos hasta donde estamos dispuestos a llegar y compartir las incertidumbres, mezclando a partes iguales arte, valores y ciencia con humildad y humanidad.

En este contexto, la revista Archives of Internal Medicine publicó a finales del año pasado un artículo titulado Principles of conservative-prescribing; en él los autores, basándose en una combinación de estudios científicos y sentido común, anotaban y comentan aquellos principios que aseguran una prescripción más conservadora o prudente.

A partir de cada uno de estos principios, se redactaron unos comentarios publicados en forma de post en un blog creado a tal efecto con el fin de fomentar su difusión y conocimiento entre los médicos de Atención Primaria

Objetivos

Comentar aquellos principios que aseguran una prescripción más conservadora o prudente.

Conocer la implicación del principio de “primun-nonnocere”, el profesionalismo médico y la gestión de recursos en la prescripción de medicamentos.

Resaltar la importancia de la información científica y técnica de los profesionales en la toma de decisiones terapéuticas.

Recoger ideas experiencias y anécdotas de los profesionales en torno al acto de la prescripción y hacer de esta actuación una oportunidad para la mejora de la salud de nuestros pacientes.

Material y Métodos

Los 5 firmantes de esta ponencia (3 médicos de familia y 2 farmacéuticos de AP) contactaron con profesionales sanitarios de todo el estado español, al margen de cualquier organización sanitaria o sociedad científica, para pedir su colaboración con la iniciativa, desarrollando uno de los Principios de Prescripción Prudente o elaborando un texto introductorio de los mismos. Los materiales se publicaron en un blog creado al efecto y en los blogs editados por 3 de los impulsores de la iniciativa; también se difundieron mediante una cuenta de Twitter y una página de Facebook. La iniciativa dispone de un logo propio elaborado por una de las colaboradoras.

Así, treinta y un profesionales sanitarios de reconocido prestigio colaboraron con el proyecto elaborando casos clínicos, historias, presentaciones powerpoint, dibujos y un vídeo. Los materiales se

fueron almacenando y editando en una carpeta de Dropbox compartida por el grupo coordinador y se publicaron en el blog de la iniciativa entre el 12 y el 22 de diciembre de 2011. Hasta julio de 2012, se han publicado 37 entradas en el blog y este ha recibido más de 56.000 visitas y 233 comentarios de visitantes. La cuenta de Twitter del proyecto tiene 1.161 seguidores y la página de Facebook más de 250 "me gusta".

La iniciativa ha tenido eco en medios de comunicación generalistas y en los especializados

en temas sanitarios. Se ha difundido en varias sesiones formativas y congresos de sociedades científicas.

Concluimos que mediante la colaboración entre profesionales sanitarios se ha conseguido difundir los principios que guían la prescripción de medicamentos prudente y segura con un impacto importante en la Web y en los medios de comunicación tradicionales. Los materiales elaborados pueden ser empleados para la formación y docencia.

MESA: Estrategias para una prescripción prudente

Ponencia: De la polimedicación a la deprescripción: la evolución necesaria

Gómez Santana M^aC^{1*}, Gavilán-Moralb E^{2*}, Villafaina-Barrosoc A^{3*}

¹Médico de Familia. CS Cabezuela del Valle. Área de Plasencia (Cáceres)

²Médico de Familia. CS Montehermoso. Área de Plasencia (Cáceres)

³Farmacéutico de Área de salud de Plasencia (Cáceres)

*Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedicación y Salud, polimedicado.com

Debido a que en nuestra sociedad hemos alcanzado niveles elevados de medicalización, los cuales favorecen la polimedicación, resulta imprescindible aprender estrategias encaminadas a la deprescripción.

El término medicalización denota la expansión del ámbito de actuación de la medicina más allá de lo justificado (medicalización de la vida cotidiana) donde el medicamento juega un papel excesivo en el acto médico. Todo motivo de consulta acaba desembocando en la prescripción de un remedio farmacológico. Este binomio (consulta-medicamento) ha llegado a interiorizarse de tal forma que cuando no se cumple provoca frustración tanto en el paciente como en el profesional sanitario. Esto acaba con una utilización de intervenciones médicas que no han demostrado eficacia, o con escasa o dudosa efectividad, o que no son coste-efectivas o prioritarias.

La polimedicación se ha constituido como un problema de salud pública de primer orden en los países desarrollados, no solo por su prevalencia, que entre los ancianos frágiles o muy ancianos es alrededor del 70%, o por sus consecuencias, sino también por ser un fenómeno creciente. Así, se está observando en las últimas décadas un incremento en la proporción de pacientes que toman más de un número determinado de fármacos, hecho que parece estar relacionado con el envejecimiento de la población y el consecuente aumento de la carga de morbilidad entre las personas mayores.

Existen motivos éticos y evidencias científicas que apoyan la necesidad de deprescribir fár-

macos en aquellas personas cuyo consumo de medicamentos puede provocarles más perjuicios que beneficios.

La deprescripción de medicamentos es un proceso de desmontaje de la prescripción por medio de su análisis, mostrando sus contradicciones y ambigüedades. El fin, es reconsiderar la prescripción desde el principio (comenzando desde el conocimiento del estado y situación del paciente, y el diagnóstico de sus problemas de salud) hasta el final (la indicación de los medicamentos y su seguimiento posterior). Se trata de un proceso singular, continuo (prescripción-deprescripción), que necesariamente debe adaptarse a cada persona y circunstancia, y que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y la adición de otros que están infrautilizados.

Los condicionantes para poder llevarla a cabo de una forma segura y aceptada son la disponibilidad de evidencias científicas (balance beneficios/riesgos), la funcionalidad física y social, calidad de vida, comorbilidad y preferencias del paciente y los factores farmacológicos y no farmacológicos de los medicamentos. Parte de un modelo que considera aspectos de la persona y de su entorno al mismo tiempo que los biomédicos.

La deprescripción se puede llevar a cabo con dos estrategias diferentes. Por una lado tenemos la *tala selectiva*: cuando es conocido que un fármaco es inadecuado en una población concreta, revisar los pacientes para identificar quienes lo tienen prescrito, actuando después en consecuencia.

La segunda estrategia sería el tipo poda, más cercana al concepto como tal de deprescripción. Se trataría de reconsiderar en un paciente concreto su régimen terapéutico, suspendiendo lo innecesario y añadiendo lo adecuado de una forma individualizada, según el estado del paciente y su expectativa de vida. Suele apoyarse en el uso de algoritmos que facilitan la toma de decisiones, basándose en criterios de necesidad y de efectividad-seguridad,

al tiempo que tienen en consideración la esperanza de vida restante y el tiempo que el medicamento tarda en alcanzar su beneficio.

Según la evidencia actual podemos concluir que la deprescripción es el paso siguiente a la polimedicación, siendo una alternativa factible a los distintos modelos de intervención hasta ahora evaluados.

MESA: Estrategias para una prescripción prudente

Ponencia: Donde no hay beneficio, pérdida segura. Por qué dejar de usar medicamentos no justificados por la evidencia científica

Garjón Parra J

Farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria. Servicio de Prestaciones Farmacéuticas. Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea. Pamplona (Navarra)

El programa del polimedicado del SNS-O incluye unas preguntas que el médico se debe plantear para luego realizar las actuaciones correspondientes. Una de ellas es:

- *¿Hay evidencia de la eficacia del medicamento para la indicación?*
 - *Retirar las medicaciones sin indicación clínica o sin beneficio terapéutico*

¿A qué llamamos que un medicamento tiene evidencia de eficacia para una indicación? A que haya demostrado en ensayos clínicos bien diseñados y ejecutados una mejora en resultados relevantes para los pacientes y que sean aplicables en la práctica clínica.

El uso medicamentos sin evidencia que lo justifique no sólo supone un despilfarro, además puede ser dañino para los pacientes. Se añade complejidad a los tratamientos lo que puede ocasionar que el paciente no use adecuadamente aquellos medicamentos que sí necesita. Aumenta el gasto que tiene que asumir el paciente lo que puede ocasionar el mismo problema. Afecta a la calidad de vida ya que la toma de medicamentos interfiere en la vida diaria.

El balance beneficio-riesgo de un medicamento sin eficacia demostrada nunca puede ser positivo.

Una prescripción basada en el marketing mina la seguridad del paciente reduciendo el umbral diagnóstico de las enfermedades, confiando en variables subrogadas, exagerando la eficacia y seguridad de los medicamentos, creando nuevas enfermedades y promoviendo el uso fuera de indicación.

El problema del uso de medicamentos sin eficacia demostrada tiene varias vertientes pero todas se traducen en una falta de adecuación de los tratamientos para las patologías.

Tratar una enfermedad con un medicamento sin eficacia. Por ejemplo uso de SYSADOA para la artrosis cuando no existe evidencia de su eficacia. Extrañamente siguen siendo financiados mientras que se retiran los AINE tópicos que sí que han mostrado algún beneficio.

Tratar una situación no patológica con un medicamento. Ejemplos no faltan: Uso de suplementos de calcio con la sola indicación de menopausia. Tratamientos crónicos con ansiolíticos tras el duelo. Tratamientos crónicos con inhibidores de la bomba de protones tras un episodio de dispepsia

Tomemos el caso de un paciente anciano con cardiopatía isquémica tratado con aspirina, betabloqueante e IECA y que además toma benzodiazepinas por un antiguo episodio de insomnio. Percibe que su tratamiento como demasiado complejo por lo que deja de tomar algún medicamento. ¿Qué dejará de tomar? si abandona el betabloqueante no notará ningún síntoma (puede que incluso se sienta mejor) si abandona la benzodiazepina tendrá síndrome de abstinencia. Y, sin embargo, el betabloqueante le está salvando la vida mientras que la benzodiazepina sólo está aumentando el riesgo de caídas.

Uso de medicamentos fuera de su indicación aprobada. Al hacerlo estamos aumentando los riesgos para unos beneficios inciertos. Puede haber diversos motivos: Lagunas en la investigación y en la regulación de los medicamentos;

ya que hay patologías que sencillamente no son investigadas. Paternalismo, prescribir medicamentos en vez de admitir honestamente que no hay un tratamiento farmacológico para cada problema del paciente. Marketing espurio fuera de las indicaciones aprobadas (y darle crédito).

Desde el punto una respectiva social el uso de medicamentos sin pruebas de eficacia condu-

ce a la medicalización de la vida diaria, a una crear dependencias del sistema sanitario y a un descuido de la promoción de hábitos de vida saludables.

En conclusión, la prescripción prudente supone el usar el mínimo número de fármacos que precise el paciente. Esto excluye aquellos sin eficacia demostrada.

MESA: Algo se mueve en EPOC: hacia un nuevo enfoque en el manejo de la enfermedad

Ponencia: Un enfoque clínico para el tratamiento de la EPOC

Miravittles Fernández M

Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Hospital Clínic, Barcelona

Estamos asistiendo a un momento importante de cambio en el tratamiento de la EPOC. La evidencia acumulada en los últimos años permite identificar distintos tipos de pacientes con EPOC que potencialmente pueden responder de forma diferente a los distintos tratamientos farmacológicos y no farmacológicos disponibles. Esto implica necesariamente adaptar nuestras guías clínicas a los nuevos conocimientos obtenidos. En este contexto, el pasado 6 de octubre de 2009 se presentó la Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud (SNS), aprobada el 3 de junio de 2009 por el Consejo Interterritorial del SNS. Todas las sociedades científicas implicadas en la atención a los pacientes con EPOC, las asociaciones de pacientes y las administraciones central y autonómicas formaban una alianza para impulsar la asistencia e investigación en EPOC. Una de las consecuencias de la estrategia fue el impulso a desarrollar una guía clínica interdisciplinar de tratamiento de la EPOC, en la que participaran todos los agentes implicados. De esta manera nació GESEPOC o la Guía Española de la EPOC.

GESEPOC cuenta con tres áreas de actuación: A) Científico-médica, encargada de elaborar una normativa dirigida al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad adaptada a todos los colectivos implicados. B) Pacientes, se recogerán las inquietudes y necesidades de las personas con EPOC y habrá una participación activa de pacientes en la elaboración y redacción de la guía. Además se propondrán estrategias formativas y de promoción del autocuidado y elaborarán materiales de información para los pacientes afectados por la enfermedad. C) Difusión-comunicación, encargada de la elaboración de los materiales promocionales, comunicados de prensa y relaciones con agentes sociales y económicos para dar

a conocer la realidad de la EPOC y las personas que la sufren.

El avance más fundamental es la aproximación al paciente basada en fenotipos, denominación que en los últimos años ha tomado cada vez más relieve para referirse a formas clínicas de los pacientes con EPOC. Un grupo de expertos internacional ha definido fenotipo como “aquellos atributos de la enfermedad que solos o combinados describen las diferencias entre individuos con EPOC en relación a parámetros que tienen significado clínico (síntomas, agudizaciones, respuesta al tratamiento, velocidad de progresión de la enfermedad, o muerte)”. Por tanto, el fenotipo debería ser capaz de clasificar a los pacientes en subgrupos con valor pronóstico y que permitan determinar la terapia más adecuada para lograr mejores resultados desde un punto de vista clínico.

El grupo de trabajo de GESEPOC ha seleccionado cuatro de ellos por tener interés no sólo biológico o epidemiológico, sino también pronóstico y sobretudo terapéutico. La guía definirá los siguientes fenotipos: 1. Enfisema; 2. mixto EPOC – asma; 3. Agudizador; 4. Bronquitis crónica. Un cambio en el enfoque del tratamiento de la EPOC requiere las aportaciones, opiniones y finalmente el consenso de un número importante de profesionales relacionados con la EPOC y de los propios pacientes, que participan desde el inicio en la elaboración de la guía. Con este objetivo se ha realizado una encuesta a través del Observatorio EPOC de SEPAR, seguida de una reunión presencial a la que acudieron cerca de 100 profesionales de las distintas sociedades científicas participantes en GESEPOC, en la cual se alcanzó un amplísimo grado de acuerdo con estas nuevas directivas.

MESA: Algo se mueve en EPOC: hacia un nuevo enfoque en el manejo de la enfermedad

Ponencia: Papel del médico de familia en la agudización de la EPOC. ¿Novedades?

Román Rodríguez M

*Médico de Familia. CS Son Pisá. Palma de Mallorca. Baleares
GdT de Respiratorio de semFYC*

La agudización o exacerbación se define como un episodio agudo de inestabilidad clínica que acontece en el curso natural de la enfermedad y se caracteriza por un empeoramiento mantenido de los síntomas respiratorios que va más allá de sus variaciones diarias¹. Aunque un 20% se producen por causas no infecciosas, la mayoría de ellas son de etiología vírica y bacteriana. Las exacerbaciones complican la progresión de la EPOC y determinan una menor calidad de vida a largo plazo, una pérdida acelerada de la función pulmonar, un coste más elevado e incluso una mayor mortalidad asociada a la presencia de exacerbaciones graves frecuentes². Tanto la última revisión de la guía GOLD³ como la nueva guía española de la EPOC GesEPOC¹ proponen tener en cuenta la frecuencia de las agudizaciones a la hora de clasificar a los pacientes con EPOC y determinar su tratamiento en la fase estable. La identificación de los agudizadores se basa en la historia clínica y se ha demostrado que el diagnóstico basado en la declaración del paciente sobre su historial de agudizaciones es fiable. Este hecho subraya la importancia de preguntar por la historia de agudizaciones en la entrevista clínica.

En promedio, los pacientes con EPOC experimentan 1-4 exacerbaciones/año, aunque su distribución es muy variable. Mientras algunas personas no sufren estos episodios, otros los presentan de forma repetida⁴. Muchos de estos episodios se observan agrupados en racimos, lo que plantea la duda de si realmente son nuevas exacerbaciones o son resoluciones incompletas del episodio precedente. Estas exacerbaciones deben estar separadas al menos 4 semanas desde la resolución de la exacerbación previa o 6 semanas desde inicio de la misma en los casos donde no han recibido tratamiento, para

diferenciar el nuevo evento de un fracaso terapéutico previo⁵.

Aunque se ha demostrado que más de la mitad de las agudizaciones no motivan una consulta por ese motivo y permanecen sin identificar⁶, la mayoría de los enfermos agudizados acuden a centros de Atención Primaria y son manejados en nuestro ámbito. La decisión de realizar el tratamiento de manera ambulatoria o derivar al paciente para tratamiento hospitalario se realizará tras una valoración inicial de la gravedad. La nueva guía GesEPOC¹ propone una nueva clasificación de la gravedad de la exacerbación que clasifica la agudización en moderada, grave o muy grave según una serie de factores de riesgo de fracaso terapéutico y riesgo de mortalidad asociada. Se especifican unos criterios de derivación hospitalaria en función de la gravedad, que deben ser valorados inicialmente.

Al igual que en anteriores revisiones, no se indican exploraciones complementarias específicas para el diagnóstico y valoración de la agudización excepto la pulsioximetría como prueba inicial de valoración de gravedad y posible insuficiencia respiratoria asociada. La realización de otras exploraciones complementarias está indicada en caso de dudas sobre posibles diagnósticos alternativos o asociados³.

El tratamiento farmacológico recomendado en la guía GesEPOC no difiere de las anteriores guías de práctica clínica existentes y se centra en la optimización de la terapia broncodilatadora, asociada al uso de corticoides orales en tandas cortas sin reducción progresiva de dosis excepto en casos muy determinados⁷. Los antibióticos se deben añadir en presencia de esputos purulentos

según los clásicos criterios de Anthonisen. Se hace especial hincapié en la guía gesEPOC sobre la necesidad de profilaxis de la enfermedad tromboembólica pulmonar mediante el uso de heparinas de bajo peso molecular a dosis moderadas ante el alto riesgo de aparición de esta complicación en las agudizaciones graves o muy graves de la EPOC o las moderadas, en las que el paciente permanece encamado o inactivo¹.

El seguimiento tras la visita inicial es obligado en 48-72 horas si se decide un tratamiento ambulatorio. Ante la sospecha de agudización en pacientes no diagnosticados de EPOC, se debe realizar una espirometría al menos cuatro semanas después de finalizar el tratamiento de la misma¹.

Es muy importante realizar medidas de prevención en la fase estable de la EPOC, ya que han demostrado reducir la frecuencia de las exacerbaciones a largo plazo. Estas medidas preventivas reúnen vacunaciones, rehabilitación, tratamiento farmacológico de fondo adecuado y planes de detección y acción precoces para exacerbadores frecuentes³.

Bibliografía:

1. Grupo de Trabajo de GesEPOC. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) - Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Arch Bronconeumol. 2012; 48(Supl 1): 2-58
2. Soler-Cataluña JJ, Martínez-García MA, Román Sánchez P, Salcedo E, Navarro M, Ochando R. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax. 2005; 60: 925-31.
3. GOLD. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Revised 2011. Available from: <http://www.goldcopd.org>
4. Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, Locantore N, Mullerova H, Tal-Singer R, et al. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2010; 363: 1128-38.
5. Soler-Cataluña JJ, Rodríguez-Roisin R. Frequent chronic obstructive pulmonary disease exacerbators: how much real, how much fictitious? COPD. 2010; 7: 276-84.
6. Langsetmo L et al. Underreporting exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in a longitudinal cohort. Am J Respir Crit Care Med. 2008; 177: 396-401
7. Walters JA, Gibson PG, Wood-Baker R, Hanay M, Walters EH. Systemic corticosteroids for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2009; CD001288.

MESA: Pruebas complementarias en Atención Primaria: adecuación de las peticiones de imagen

Ponencia: Adecuación de la petición de pruebas de imagen en Atención Primaria

Herrería de la Lastra A

Médico de Familia. UGC Castilleja de la Cuesta. Sevilla

Ponencia: Perspectiva desde el punto de vista del radiólogo ¿utiliza Atención Primaria las pruebas de imagen adecuadamente? –opinión del radiólogo–

Ramos Medrano FJ

Radiólogo. Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Aljarafe-San Juan de Dios Bormujos (Sevilla)

Ponencia: Indicaciones de ecografía en Atención Primaria

Lozano Pérez JL

MIR 4º año de Familia. CS de Castilleja de la Cuesta. Sevilla

Ponencia: Exposición de casos clínicos ilustrativos

Ogalla Vera S

MIR 4º año de Familia. CS de Castilleja de la Cuesta. Sevilla

Una de las funciones esenciales del Médico de familia, en su relación con los pacientes, es el diagnóstico de sus patologías.

Hemos venido teniendo, cada vez más pruebas diagnósticas accesibles a nuestro uso y potestad de solicitarlas; con lo que la capacidad resolutive de la Atención Primaria ha ido creciendo y lo seguirá haciendo, ganando el protagonismo que le confiere el ser la base que sustenta nuestro sistema sanitario y la puerta de entrada a éste.

No se nos escapa el que dichas pruebas: analíticas, citologías, anatomía patológica, retinografía, espirometría, teledermatología, radiología simple, TAC, ecografías, control de la coagulación, ekg...; tienen un coste y por ello un uso eficiente, posible y debido. El no hacerlo así, sobrecarga el sistema, entorpeciendo el diagnóstico del resto de los pacientes, generando unos costes y demoras innecesarios.

Esta mesa, pretende hacer una exposición del adecuado uso de las técnicas de imagen a nuestro

alcance: radiología convencional y ecografía, principalmente. La utilización justificada y optimizada de todos los exámenes que se realicen, propiciará una mayor capacidad resolutive por nuestra parte y por ende, de nuestros Servicios de Radiodiagnóstico referentes. Con el añadido de una mejor radioprotección de las personas a nuestro cargo.

Mostraremos resultados de nuestro Centro de Salud -Castilleja de la Cuesta-, tras la exposición al equipo y su aplicación, de la guía de adecuación de las peticiones de pruebas de imagen por radiaciones ionizantes para Atención Primaria.

La primera parte de esta mesa, será dedicada a la exposición de la racionalización del uso de las técnicas de imagen con radiaciones ionizantes en AP. En segundo lugar, el uso de la ecografía en Atención Primaria, En tercer lugar, se ilustrará lo expuesto con casos clínicos. Acabará las exposiciones la visión del Radiólogo, sobre la utilización de las técnicas de imagen por los Médicos de Familia de los Centros de Salud.

MESA: Médicos de Familia en urgencias; ¿qué hacemos, dónde y cómo lo aprendemos?

Caballero Oliver A

Moderador mesa

Médico Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

Unidad de Urgencias. Hospital General Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

En el último congreso que la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria puso en marcha en Sevilla en el siglo pasado, las Urgencias fueron parte relevante del Programa Científico. Y no, no hace un siglo de ello, sino apenas quince años... Fue en el Congreso de la SAMFyC del año 1998, en el que una Ponencia contempló el papel de **"El médico de familia en los distintos niveles de la atención urgente"**.

Después de casi quince años, la fuerte presencia de los médicos de familia en los diferentes ámbitos en los que se resuelve la Medicina de Urgencias es un hecho incuestionable. Pero, ¿cuál es la base que sustenta esta realidad? Pueden esgrimirse diferentes argumentos, aunque, sin duda, uno de los más coherentes es la competen-

cia del médico de familia para prestar atención urgente con la requerida calidad.

En el Congreso de la SAMFyC de 2012, la Mesa **"Médicos de Familia en Urgencias: ¿Qué hacemos?, ¿dónde? y ¿cómo lo aprendemos?"** repasa cuáles son las competencias que se necesitan para dar una buena respuesta a la demanda de atención sanitaria urgente planteada en un Centro de Salud, a un Equipo de Emergencias o en Urgencias Hospitalarias. Y no sólo qué se hace, sino dónde y cómo se adquiere la competencia para hacerlo. Todo ello, de la mano de médicos de familia que ejercen dichas competencias en los diferentes ámbitos, que las perfeccionan en su quehacer diario y que las enseñan a los médicos residentes de diferentes especialidades que aprenden con ellos "Urgencias".

MESA: Médicos de Familia en urgencias; ¿qué hacemos, dónde y cómo lo aprendemos?

Ponencia: Urgencias en Atención Primaria: ¿Preparados también para lo excepcional?

Fabiani Rodríguez F

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Montequinto. Dos Hermanas (Sevilla)

El médico de familia, trabaje donde trabaje, tiene dentro de su labor asistencial la atención de las urgencias. Y si desempeña su trabajo en la consulta de Atención Primaria, en un centro de salud, no es una excepción. Las urgencias, aunque en este caso no sean la parte fundamental de su trabajo como si ocurre en dispositivos de emergencias y en urgencias hospitalarias, son algo inseparable de su labor diaria.

El concepto de urgencia suele venir definido por la valoración que hace el paciente o su familia y, así, algunas son más una consulta de atención continuada, otras son problemas administrativos o sociales pero, a veces, son urgencias médicas "reales" o incluso emergencias médicas que exigen una actuación firme e inmediata para disminuir la morbi-mortalidad.

Las competencias para poder hacer frente a todas ellas incluyen: buen manejo de la entrevista clínica; conocimiento de los recursos socio-sanitarios del sistema de salud, de los trámites administrativos habituales y del sistema de coordinación de urgencias; manejo de la patología médica, quirúrgica y psiquiátrica de modo global, con especial atención a la patología traumatológica, tóco-ginecológica y, sobre todo, pediátrica; y el manejo de las emergencias y las urgencias graves, fundamentalmente en la puesta en marcha de las primeras y esenciales medidas de atención hasta la transferencia del paciente si fuera necesaria.

¿Qué características especiales tiene la atención de emergencias y otras urgencias graves por el equipo de Atención Primaria?

- La excepcionalidad de las mismas, que hace difícil mantener unas buenas habilidades: Por contraposición con el médico de familia que trabaja en un equipo de emergencias o en un servicio de urgencias hospitalarias, para él la atención de, por ejemplo, un síndrome coronario agudo, un edema agudo de pulmón, un politraumatismo, una taquiarritmia o una anafilaxia grave es algo poco habitual. Y cuando ocurre exige una actuación rápida sin opción de consultar o revisar información en ese momento.

- Los medios disponibles, tanto materiales como humanos: Estas situaciones, pueden irrumpir en mitad de la consulta o en la calle donde el profesional sanitario presta una asistencia inicial sin tener a menudo todo el material que sería deseable. El resto de profesionales sanitarios de Atención Primaria, sobre todo de enfermería, suelen tener también un déficit de habilidades por la excepcionalidad de estas situaciones.

La obtención de estas competencias por el médico de familia está bastante bien contemplada en el programa de formación MIR. Dentro del equipo de Atención Primaria, se basa en la toma progresiva de responsabilidades tanto durante la consulta diaria, donde las consultas se alternan con las urgencias, como en las guardias médicas. No obstante, su perfeccionamiento, actualización y puesta al día, exige del médico un compromiso especial.

Cabe preguntarse si desde el centro de salud se delega en cierto modo la formación en urgencias y emergencias de los médicos internos

residentes a sus rotaciones por el hospital y los equipos de emergencia. Es importante que el médico residente reciba también formación en ese aspecto en Atención Primaria que debe completar a la allí recibida y aportarle el matiz inevitable que ofrece el lugar donde se presta la asistencia.

El médico de familia trabaje donde trabaje debe estar formado para una correcta atención de las urgencias, debe mantenerse actualizado y entrenar las habilidades necesarias y, dentro de su compromiso docente, contribuir a que los médicos internos residentes completen su formación con una buena capacitación para la atención del paciente urgente.

MESA: Médicos de Familia en urgencias; ¿qué hacemos, dónde y cómo lo aprendemos?

Ponencia: Las Unidades de Emergencia como lugar de formación en el grado y postgrado

Cordero Torres JA

Médico de Familia. Unidad Medicalizada de Emergencias (UME) de Badajoz. Miembro del Grupo de Trabajo de Urgencias y Atención Continuada de semFYC. Profesor Asociado Ciencias de la Salud (Emergencias), Facultad de Medicina de la UEX

La atención a las urgencias y emergencias es una parte más del trabajo diario del Médico de Familia (MF). Durante las dos últimas décadas hemos asistido a un cambio en la estructura organizativa de la asistencia sanitaria urgente y ya no sólo atendemos urgencias en los centros de salud y hospitales, sino que han proliferado otras estructuras como son los Puntos de Atención Continuada, Dispositivos de Cuidados Críticos, Unidades Medicalizadas de Emergencias(UME), etc., la mayoría de ellas extrahospitalarias cuyo objetivo es acercar la asistencia al lugar donde se produce, ya sea la vía pública o el domicilio del paciente, lugar donde se inicia y en ocasiones incluso se resuelve el problema. El desarrollo e implantación de las Unidades de Emergencias cuyo objetivo es atajar precozmente la urgencia vital e implementarlo con un transporte de críticos de calidad ha devenido en ocasiones en una nueva puerta de entrada al sistema y, por consiguiente, en un nuevo lugar de trabajo para médicos de familia especialmente motivados para ello.

Coincidiendo con ello se va a ir desarrollando hasta su publicación en 2005 (Orden SCO/1198/2005 de 3 de marzo, BOE de 3 de mayo) el nuevo Programa de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria que, atento como no podía ser de otra forma a este fenómeno, va a incluir como aspecto novedoso un aumento del contacto del residente con el Centro de salud (CS), de forma que se amplía la rotación al inicio de la residencia (3-6 meses) y se garantiza la permanencia del 50% de la duración del periodo de formación en el CS. En lo que urgencias se refiere, se explicita la obligatoriedad de realizar guardias en las UME de forma creciente mediante rotaciones voluntarias en el periodo de R3 y de forma obligatoria de R4. Estos cambios representan, a nuestro juicio, una oportunidad de mejora, no sólo de la formación del residente en MF, sino también en la formación continuada de los tutores.

Casi paralelamente a estas dos cuestiones las Facultades de Medicina inician un proceso de profundos cambios en los estudios de licenciatura o pregrado siguiendo las Directrices del Marco del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) para la adaptación al EEES de la Licenciatura en Medicina y elaboración del Plan de Estudios del Grado en Medicina. Esta adaptación, todavía en proceso de implantación en muchas facultades supone probablemente el más profundo cambio, no solo de contenidos sino desde el punto de vista de conceptual que hayan tenido los estudios de Medicina en los últimos cien años y tiene como objetivo último contemplar el EESS como un espacio abierto en el que no existen obstáculos a la movilidad de estudiantes, titulados, y profesores y articulándose en torno al reconocimiento de titulaciones y otras cualificaciones de educación superior, la transparencia (un sistema de titulaciones comprensibles y comparables) y la cooperación europea en la garantía de la calidad.

En este marco de cambios estructurales y formativos las Unidades de Emergencia se han ido incorporando como Unidades Docentes Asociadas, y sus profesionales como colaboradores docentes. A su vez, y en lo que respecta a la formación de Grado, ya hay algunas experiencias de asignaturas y periodos rotatorios definidos en algunas facultades.

Queremos compartir en esta mesa nuestra experiencia de hace algunos años como Unidad Docente Asociada a una Unidad Docente Multidisciplinar de Atención Familiar y Comunitaria que participa en la formación de residentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria, en la formación en Soporte vital de residentes de todas las demás especialidades en formación dependientes del Área de salud y nuestra experiencia más reciente en la formación de grado de alumnos de la Facultad de Medicina.

MESA: Médicos de Familia en urgencias; ¿qué hacemos, dónde y cómo lo aprendemos?

Ponencia: Urgencias hospitalarias: la integración del médico de familia en el hospital

Comas Díaz B

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe Servicio de Urgencias
Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. BalearesSofía. Córdoba*

Los Servicios de Urgencias hospitalarios (SUH) han sufrido un proceso de profunda transformación en los últimos años y en numerosas áreas, que ha modificado su función como puerta de entrada alternativa al sistema sanitario. Han sido varias las causas de esta transformación: la sobreutilización de estos servicios, pacientes hiperfrecuentadores, de mayor edad, polimedicados y pluripatológicos, las demoras en las consultas externas de los propios hospitales, la falta de definición de espacios sociosanitarios, problemas de accesibilidad en Atención Primaria, de coordinación entre niveles y entre servicios, incorporación de nuevas pruebas diagnósticas y tratamientos, etc.

Ello ha obligado a la adaptación del modelo organizativo de los SUH a esta nueva realidad. Se han tenido que ampliar y optimizar los espacios físicos de estas áreas, definir una cartera de servicios específica y dotarla de profesionales que sean capaces de ofrecer soluciones inmediatas a las múltiples y variadas demandas de los pacientes. Para que dicha atención sea correcta y de calidad debe ser realizada por personal específico, especialmente cualificado para ello, con plena dedicación, con la dotación tecnológica adecuada, con reglas de juego claras respecto a la organización, gestión y coordinación de los servicios de urgencias. Discutir esto, hoy en día, es vivir ajeno a la realidad asistencial y negar la tendencia de las exigencias de la población, de la sociedad en conjunto y del sistema de salud.

El médico de urgencias debe estar preparado para dar respuesta a esta nueva situación y, sobre todo, satisfacer la necesidad de atención urgente durante las 24 horas y su principal cometido es la estabilización, diagnóstico y tratamiento del enfermo.

Necesitamos profesionales con un perfil específico, que les capacite para manejar la mayor parte de los pacientes, de forma integral y dinámica. Este hecho ha llevado consigo el desarrollo de acuerdos asistenciales con las distintas especialidades y nuevos contratos de gestión, con el fin de sistematizar criterios de ingreso, de derivación a consultas externas, de consensuar protocolos de actuación conjunta y de coordinación con otros dispositivos asistenciales, de distintos niveles, y con servicios sociosanitarios y de ayuda a la dependencia.

Si unos profesionales pueden ejercer su tarea asistencial en los SUH estos son los médicos de familia. La especialidad de medicina familiar y comunitaria, ha sufrido una evolución profunda y ha tenido que satisfacer la necesidad de adaptarse a las circunstancias anteriormente comentadas. Esto ha supuesto la consolidación de la especialidad en el entorno sanitario.

El programa docente de la especialidad responde a las exigencias de los principios del profesionalismo y, para ello, dota de competencias específicas y establece como indispensable la formación en la atención de la patología urgente. Dicho programa persigue como objetivo principal que el médico de familia, al finalizar su periodo formativo, esté capacitado para atender de forma efectiva, segura y eficiente, cualquier tipo de urgencia, conociendo, además, el entorno institucional, organizativo en que presta la atención, así como los valores morales, de justicia y de eficiencia sociales que deben regir su desempeño.

Asimismo, los SUH han comenzado a desempeñar un papel preponderante en el desarrollo de alternativas a la hospitalización convencional, con la creación de unidades de observación,

unidades de corta estancia, dolor torácico y semicríticos o con la consolidación de la ambulatorización de procesos, la atención domiciliaria, la sociosanitaria y los hospitales de día. Todo ello supone una mejora en la capacidad resolutive y eficiencia de la atención prestada al paciente, al tiempo que aumenta las competencias de los médicos de familia en estas áreas y, por ello, contribuye proporcionalmente a la mejora de la eficiencia social de la atención sanitaria en general y de la de urgencias en particular.

Resumen:

- Los Servicios de Urgencias hospitalarios (SUH) han sufrido un proceso de profunda transformación en los últimos años y en numerosas áreas, que ha modificado su función como puerta de entrada alternativa al sistema sanitario.
- Los médicos de los SUH deben ser profesionales especialmente cualificados, con plena dedicación, con reglas de juego claras respecto a la organización, gestión y coordinación de los servicios de urgencias.
- La urgencia es un área de capacitación y desempeño profesional propio del médico de familia, presente en el programa de su especialidad y planificado durante su formación.
- Cada vez son más los médicos de familia que ejercen su actividad asistencial en las urgencias hospitalarias. Éstas se han convertido en áreas de desarrollo profesional marcadamente dinámicas.
- El programa docente de la especialidad responde a las exigencias de los principios del profesionalismo y, para ello, dota de competencias específicas y establece como indispensable la formación en la atención de la patología urgente.
- Los SUH han comenzado a desempeñar un papel preponderante en el desarrollo de alternativas a la hospitalización convencional, lo que aumenta las competencias de los médicos de familia en estas áreas.

TALLER

Anticoagulación en Atención Primaria

Hormigo Pozo A¹, Mancera Romero J²

¹Médico de Familia. CS Puerta Blanca. Málaga

²Médico de Familia. CS Ciudad Jardín. Málaga

Con la presente actividad pretendemos capacitar a los asistentes en el adecuado manejo de la anticoagulación oral en las consultas de Atención Primaria.

Abordaremos de manera detallada los siguientes aspectos:

1º Características especiales de los anticoagulantes orales (ACO)

2º Farmacología de ACO

3º Indicaciones de ACO en Atención primaria

4º Instauración del tratamiento con ACO en Atención primaria

5º Terapia a largo plazo con ACO.

6º Actitud ante pacientes fuera de rango

7º Contraindicaciones de ACO

8º Efectos secundarios

9º Situaciones especiales: - Olvido de dosis; - Inyectables e infiltraciones; - Limpieza bucal; - Extracción dental; - lactancia; - Dispositivos Intrauterinos; - Exploraciones endoscópicas; - Heridas; - embarazo; - cirugía menor.

10º Interacciones farmacológicas

11º Nuevos anticoagulantes:

- Davigatrán
- Ribaroxabán
- Apixabán

12º Resolución de casos clínicos. Con la participación activa de los asistentes.

TALLER

Internet y adolescentes

Mesa Gallardo M^ªI*Médico de Familia. Unidad de Formación, Investigación y Calidad del Distrito Sanitario Condado-Campiña. Huelva*

La adolescencia es una etapa clave de la vida para la adquisición de estilos de vida saludables.

Mientras que los adolescentes de antes aprendían imitando a sus mayores, hoy aprenden de los modelos que observan en la televisión o el ordenador.

Los adolescentes utilizan el ordenador durante una media de una a tres horas al día. Internet es un medio de comunicación y aprendizaje, pero también es algo más. Los jóvenes de hoy en día utilizan también esta nueva tecnología como vehículo de expresión de sus sentimientos. Esto, a las generaciones anteriores nos resulta incomprensible, ya que a nosotros nos enseñaron desde pequeños otras formas de comunicarnos. Hoy el lenguaje escrito (que utilizan ellos con el ordenador) supera en mucho al lenguaje oral. El motivo de que lo utilicen de forma tan abusiva es que a ellos les resulta más fácil contar sus problemas a una máquina, con la que no hay una interacción personal, donde pueden ser quienes quieran y donde la comunicación no verbal no queda registrada (como las expresiones faciales). Utilizan estos medios para hablar con sus amigos, para mandarse fotos, videos y para quedar; por ello, debemos conocer las páginas que consultan con mayor frecuencia, como Wikipedia, el Rincón del Vago o Youtube entre otras; los programas de descarga como Ares o Emule; y las redes sociales, entre ellas Messenger, Tuenti, Facebook, etc.

Los videojuegos han evolucionado mucho en los últimos años. Poder jugar online con otras personas, con una o con decenas a la vez, aporta componentes interesantísimos no sólo desde el punto de vista lúdico sino, sobre todo, desde el punto de vista del desarrollo personal y la socialización. Jugar a juegos multijugador tiene ventajas e inconvenientes para los adolescentes que debemos conocer. Existe el código PEGI, que es un código para clasificar la idoneidad los

juegos por edades y en distintas categorías. Tener en cuenta esté código a la hora de elegir un juego, tanto por los propios adolescentes como por sus padres puede ayudar a evitar riesgos.

Es importante conocer las opciones de seguridad de las que disponemos actualmente. Utilizar filtros de internet por edades o por contenidos, limitar el tiempo de uso, utilizar antivirus, saber crear un adecuado perfil en una red social y establecer límites son medidas fundamentales para la utilización de internet en un entorno seguro y saludable.

El mal uso de internet se ha relacionado en la adolescencia con diferentes problemas de salud mental y la presencia de hábitos tóxicos, lo que debe hacernos aún ser más activos a la hora de detectar y corregir estos problemas. La utilización de estos medios de forma inadecuada tiene peligros que debemos conocer para estar prevenidos y saber cómo debemos solucionarlos, asesorando tanto a los adolescentes como a sus propias familias para conseguir un uso responsable. El sexting, el grooming y el ciberbullying son algunos de estos peligros, sin olvidar la influencia que pueden tener las redes sociales en los trastornos de la conducta alimentaria.

Las tecnologías no son buenas ni malas, son susceptibles de ser utilizadas mejor o peor. Los adolescentes sienten un fuerte deseo de comunicación, búsqueda de amistad y pertenencia a un grupo, y las TIC tienen vital importancia en sus vidas. Para ellos las nuevas tecnologías son una necesidad y no una opción.

Como profesionales de la sanidad debemos conocer y saber usar estos recursos para ser capaces de detectar los peligros y riesgos del mal uso y establecer estrategias de promoción de la salud y buenos hábitos de uso de internet para los adolescentes y sus familias.

TALLER

“Felices sueños”. Abordaje integral del insomnio en Atención Primaria

Ruiz Peña M¹, Madueño Caro AJ²

¹Médico de Familia. CS Los Barrios. Cádiz

²Médico de Familia y Psicólogo. CS La Laguna. Cádiz

Introducción

El insomnio es uno de los trastornos del sueño más prevalentes y que con más frecuencia consultan a los médicos de Atención Primaria. Lo definimos como una percepción subjetiva de dificultad para iniciar el sueño, consolidarlo y/o mantenerlo con repercusión en la vida diaria.

El insomnio lo padece entre el 33 y el 55% de la población adulta. Puede afectar a cualquier edad y raza y aparece en todas las culturas y países, pero entre los principales factores de riesgo se encuentran: edad, sexo femenino, comorbilidad (médica, mental y sustancias de abuso), trabajo a turnos, desempleo y bajo nivel socio-económico.

En el taller “Felices sueños” pretendemos, mejorar las habilidades del médico de familia en el manejo del insomnio. Intentaremos aportar herramientas para realizar una entrevista breve sobre insomnio, valorar la intensidad y repercusión del insomnio en la calidad de vida del paciente y aplicar medidas farmacológicas y no farmacológicas en el tratamiento del insomnio.

Para conseguirlo lo dividiremos en varias subunidades: aspectos generales, neurobiología del sueño y casos clínicos. En el primer apartado trataremos sobre las generalidades y datos epidemiológicos relacionados con el insomnio. En un segundo momento, explicaremos los mecanismos neurobiológicos que se asocian a los trastornos del sueño. Por último, por el camino de los casos clínicos abordaremos la entrevista clínica así como la aproximación diagnóstica y terapéutica.

Neurobiología del sueño

El insomnio y el exceso de sueño forman parte de un espectro más amplio que va de un estado de alerta deficiente a uno de alerta excesiva. Si el estado de alerta aumenta más de lo normal durante el día, daría lugar a un estado de hipervigilancia y aparecerá insomnio si esto sucede por la noche.

El espectro del estado alerta está controlado por cinco neurotransmisores, existiendo unas vías que actúan como filtro talámico y expulsan estímulos sensoriales externos en el sueño normal.

Casos clínicos

Los casos clínicos serán evaluados mediante grabaciones de vídeo y posterior comentario por parte de los asistentes al taller.

Caso clínico 1 - Insomnio en una embarazada

En el primer escenario, expondremos el caso de una paciente embarazada que refiere un problema de insomnio. Abordaremos la entrevista clínica que nos lleve a la elaboración de un diagnóstico diferencial y posterior enunciación de un juicio clínico.

Seleccionamos a una paciente embarazada como un modelo donde no es adecuado emplear tratamiento farmacológico y donde explicaremos mediante vídeos y exposición técnicas psicoterapéuticas aplicadas a la consulta de Atención Primaria: relajación, bio feedback, control del

estímulo, restricción del tiempo del sueño, higiene del sueño, técnicas cognitivas, intención paradójica, tratamientos combinados,...

Caso clínico 2 - Insomnio en un paciente con un Trastorno Depresivo Mayor

En este momento, aplicaremos lo aprendido en el manejo del insomnio como síntoma dentro de otra entidad psicopatológica como es el Trastorno Depresivo Mayor.

Explicaremos el mecanismo de acción y distinta actividad de los fármacos existentes para tratar el insomnio: antidepresivos, benzodiacepinas,

fármacos Z, moduladores alostéricos y melatonina.

Caso clínico 3 - Insomnio en el anciano

Concluiremos con el caso clínico de un problema de insomnio en personas con edad avanzada donde pretendemos facilitar la selección del hipnótico más adecuado en función de su perfil terapéutico y de sus efectos secundarios.

Pretendemos explicar métodos que permitan la deshabitación de benzodiacepinas y exponderemos nociones sobre naturopatía asociada a los trastornos del sueño.

TALLER

¿Qué hacemos los médicos de familia para cuidarnos?

López Fernández B¹, Martínez Granero M², Sagristá González M³

¹Médica de Familia. CS Tomares. Tutora de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla. Miembro del Grupo de Comunicación y Salud de Sevilla

²Médica de Familia. CS Camas. Tutora de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla. Miembro del Grupo de Comunicación y Salud de Sevilla.

³Médico de Familia. CS Mairena del Aljarafe. Tutor de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla. Miembro y vocal provincial del Grupo de Comunicación y Salud de Sevilla.

1. Objetivo general del taller

El objetivo del taller es compartir las emociones que nos invaden y difundir estrategias para nuestro autocuidado como médicos de familia.

A diario, trabajamos en un entorno de sufrimiento, y debemos atender temas sensibles, aconsejar, tratar y acompañar situaciones de impacto emocional.

Todo ello, bajo presión asistencial, en poco tiempo y debiendo contener nuestras propias emociones, para seguidamente atender al siguiente paciente sin trasladarle nuestra tensión.

Trabajar en este entorno, cuidando de nuestros pacientes, manteniéndonos ecuanímenes, empáticos, apoyando emocionalmente sin quemarnos, requiere el desarrollo consciente de actitudes, conocimientos y habilidades específicas.

Y... ¿Qué hacemos nosotros para cuidarnos?

Nos hicimos ésta pregunta y se nos ocurrió trasladarla a nuestros compañeros: ¿Qué hacéis para cuidaros como profesionales?

2. Objetivos específicos de la actividad

Reflexionar sobre las emociones que nos invaden a los médicos de familia en el día a día.

Mostrar una recopilación de estrategias que desarrollan nuestros compañeros de todo el país para cuidarse.

Analizar y difundir las propuestas de autocuidado, desde el punto de vista de las emociones del profesional, que puedan ser útiles a otros.

3. Metodología docente

Presentación con soporte audiovisual, con posibilidad de participación de los asistentes.

Expresión corporal (meditación, relajación, música, etc.).

4. Puntos clave de la actividad

1. Introducción. Descripción de situación.
2. ¿Cómo nos protegemos de los impactos emocionales negativos? ¿Existe un abordaje diferente en función de la edad, trabajo tipo, etc. del médico de familia?
3. ¿Qué hacen los médicos de familia para cuidarse? Hemos recogido opiniones de compañeros. Las mostramos y comentamos.
4. ¿Existen propuestas que podamos recomendar?
5. Algunas actividades participativas.

TALLER

Taller de prevención de recaídas en deshabituación tabáquica

Mesas Rodríguez A¹, Luque López M^aC²

¹Técnico de Promoción de la Salud. Distrito Sanitario Costa del Sol. Mijas Costa (Málaga)

²Médica de Familia. Responsable de la Unidad de Tabaco de la UGC Las Albarizas. Distrito Sanitario Costa del Sol. Marbella (Málaga)

Dirigido a

Profesionales con experiencia o formación previa en el abordaje de la persona fumadora (al menos haya realizado un Taller de Intervención Básica o Avanzada en Tabaquismo).

RESUMEN

Objetivo general

Adquirir conocimientos y habilidades para:

- diferenciar consumo regular de dependiente, adaptando la intervención según cada caso,
- diagnosticar y establecer el pronóstico de la persona fumadora,
- identificar causas más frecuentes de recaída
- incorporar técnicas de prevención de recaídas como parte de la intervención avanzada individual o grupal en consulta.

Objetivos específicos

- Asimilar conceptos: dependencia, violación de abstinencia, priming, recaída y fracaso terapéutico.
- Identificar situaciones de alto riesgo y causas más frecuentes de recaídas según la fase al dejar de fumar.
- Conocer, desarrollar y perfeccionar técnicas y estrategias para consolidar la abstinencia y prevenir recaídas: estrategias cognitivo-conductuales, autoeficacia, fármacos en el control de síntomas

de abstinencia y prevención de recaídas (según evidencia científica), estrategias globales de auto-control, entrenamiento en solución de problemas y apoyo social.

-Adquirir habilidades para actuar ante una persona fumadora que ha vulnerado la abstinencia o que recaee.

Metodología docente

Inicialmente, se realiza breve rueda de presentación entre discentes y docentes donde manifiesten expectativas y nivel de formación previo, para ajustar la profundidad de abordaje inicial de los contenidos.

La metodología que se sigue es fundamentalmente práctica y participativa, empleando diversas técnicas: casos clínicos en power point, DVD con ejemplos de entrevista en consulta donde los discentes pueden intervenir activamente analizando aspectos positivos y aspectos a mejorar de lo que están viendo, roll-playing y simulación de casos por parte de los docentes y en la que los discentes interactúan como terapeutas evolucionando cada caso según empleen las diferentes estrategias aprendidas para prevenir recaídas.

Finalmente, para favorecer la enseñanza entre iguales, se facilita la puesta en común de experiencias, y el análisis y discusión de casos reales.

El objetivo es facilitar la asimilación e integración de la información y entrenamiento recibidos de cara al impacto positivo de su formación en la práctica clínica.

Puntos clave de la actividad

El Tabaquismo es una enfermedad crónica adictiva y la primera causa evitable de morbi-mortalidad en el mundo desarrollado.

La persona fumadora está inmersa en un proceso que pasa por diversas etapas, y las recaídas forman parte de ese proceso.

Muchos de los fumadores que intentan dejar el tabaco van a requerir de varios intentos serios para conseguir dejarlo, pero se sabe que en los sucesivos intentos de abandono las probabilidades de éxito son cada vez mayores, siempre que éstos se realicen con la seriedad necesaria.

Desde las etapas de preparación para la acción, acción y mantenimiento deben aplicarse estrategias para reforzar el abandono, con el fin de

mantener la abstinencia en el tiempo, prevenir las recaídas, y gestionarlas si se producen.

El fracaso es una de las posibilidades que el profesional sanitario ha de tener en cuenta al iniciar un tratamiento de cesación tabáquica y debe intentar prevenirlo y evitarlo con una adecuada praxis y con el manejo de diversas estrategias de prevención que se pueden aplicar en cada una de las fases del proceso.

Los porcentajes de éxito de la mayoría de los programas de cesación tabáquica oscilan entre un 15-45%, según el método utilizado y el nivel de dependencia (Barrueco Ferrero, M.; Hernández Mezquita, MA; Torrecilla García, M. "Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo". Ed 2009). Por ello, las estrategias de prevención de recaídas y su aplicación deben formar parte de una intervención multicomponentes individual o grupal (Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M Revisión Cochrane 2005).

TALLER

Taller básico de Atención al Tabaquismo

Barchilón Cohen V¹, M^a Pilar Mesa Cruz M^aP²

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rodríguez Arias. San Fernando (Cádiz). Coordinador del GdT SAMFyC de Abordaje al Tabaquismo

²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Palo. Málaga. Miembro del GdT SAMFyC de Abordaje al Tabaquismo

El consumo de tabaco es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo desarrollado, y origina más muertes que el SIDA, el alcohol, las drogas ilegales y los accidentes de tráfico juntos, considerándose como una enfermedad crónica, adictiva, y recidivante, reconocida en la CIE de la OMS, la prevalencia del tabaquismo en Andalucía es del 31,1%.

El humo del tabaco, además no sólo es dañino para aquellas personas que fuman, sino para las que lo inhalan involuntariamente (tabaquismo pasivo). Dejar de fumar produce importantes beneficios en salud, a cualquier edad, tanto si se han desarrollado patologías secundarias como si no.

El 70% de las personas que fuman desean dejar de fumar de alguna manera, y la población en general visita a su médico de familia al menos una vez al año, aumentando hasta el 90% a los cinco años. Por tanto los médicos de familia tenemos una gran oportunidad de intervención y un gran impacto en este problema de salud pública, en su detección, tratamiento y seguimiento oportuno.

La estrategia básica se conoce como la regla de las 5 Aes: Averiguar, Aconsejar, Apremiar (valoración adecuada del fumador), Ayudar (elaborar un programa personalizado de tratamiento conductual y farmacológico, si es necesario) y Acordar (plan de seguimiento adecuado). Debemos preguntar a todos nuestros pacientes por su relación con el tabaco, tanto si fuman como si sufren tabaquismo pasivo. Pero esta actividad no producirá ningún beneficio si no existe un sistema de registro adecuado en las historias clínicas. Existen estudios que demuestran que un registro adecuado y universalizado en un

sistema de salud multiplica las posibilidades de éxito en la intervención del tabaco.

El consejo sanitario en tabaquismo ha demostrado ser muy eficaz en la promoción para la deshabituación, es una de las actuaciones más costo-eficaces en salud pública. Este consejo debe tener unas características definidas tales como: que sea oportunista, firme y claro, empático y sin confrontación, remarcando los aspectos positivos del cambio. Y siempre que sea posible aportando documentación de apoyo.

La intervención de carácter multicomponente, desplegada en torno al estadio motivacional en que se encuentra la persona y adaptando las acciones en función de esta circunstancia, constituye el mejor modelo desde el punto de vista de la efectividad.

En la motivación para el abandono del paciente fumador se han distinguido tradicionalmente cinco fases: precontemplativo, contemplativo, preparación para la acción, acción y mantenimiento. Las últimas publicaciones lo simplifican más operativamente en: no quiere dejar de fumar, se plantea dejar de fumar, y quiere dejar de fumar.

El consumo acumulado de tabaco se calcula por el índice paquetes-año. Se toman en cuenta número de cigarrillos que se fuman al día, y número de años fumando. Algunos trabajos correlacionan este índice, con morbilidad del tabaquismo. El grado de dependencia se puede medir mediante el test de Fagerström. Otros datos como cooximetría, test motivacionales etc., pueden ayudar pero no son imprescindibles.

Toda intervención pues debería incluir, de manera personalizada: apoyo psicosocial, tratamiento farmacológico y seguimiento adecuados. Un aspecto importante es definir el día D para dejar de fumar, esta acción aumenta las posibilidades de éxito.

En cuanto al tratamiento farmacológico, existe suficiente evidencia sobre su eficacia y costo efectividad y la mayoría de las guías lo recomiendan a todas las personas que deseen dejar de fumar,

salvo que por razón de edad, o características médicas no estén indicados o no se haya demostrado su eficacia.

Disponemos de tres alternativas con evidencia: Terapia sustitutiva con nicotina, Bupropión y Vareniclina. La elección dependerá de diferentes aspectos tales como: contraindicaciones y efectos adversos, adherencia al tratamiento, preferencias del paciente, experiencias previas...

TALLER

Web 2.0 y uso del medicamento

Fernández Oropesa C

Farmacéutico de Atención Primaria. Servicios de Apoyo del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla

En los últimos 5 años, el desarrollo de Internet hacia una vertiente más social, caracterizada porque el conocimiento se construye de forma colaborativa entre usuarios y autores, ha abierto nuevas posibilidades para que los profesionales sanitarios modifiquen la forma en que se relacionan con entre ellos, con los pacientes y los servicios sanitarios. Fruto del desarrollo técnico, de las nuevas herramientas aparecidas y, sobre todo, de los valores subyacentes, se han creado nuevas oportunidades para cooperar en proyectos de investigación, divulgación de información, formación continuada y otros.

Las instituciones no son ajenas a esta revolución. Así, en el Servicio Andaluz de Salud, trabajan muchas personas que han puesto en marcha iniciativas de índole profesional a título individual o corporativo. Así, es frecuente encontrar a médicos con un perfil personal en Facebook o con una participación activa en Twitter. Pero también lo es que los hospitales, distritos y unidades de gestión clínica despliegan su actividad en las redes sociales abriendo una nueva vía de interacción con los ciudadanos y otras entidades. Todo lo anterior ha generado una creciente preocupación porque la presencia en Internet se haga sin menoscabar los derechos de los pacientes ni el derecho a la intimidad y privacidad de éstos, en un intento por definir un nuevo profesionalismo en el contexto de la relación horizontal que se establece en las redes sociales.

En este contexto, el presente taller tiene como principal objetivo dar una visión panorámica de la evolución seguida por Internet y descu-

brir cómo dicha evolución está impregnando el trabajo del médico de familia. Más allá del conocimiento y uso de todas las herramientas informáticas aparecidas con la eclosión de la Web 2.0, conceptos como paciente empoderado, profesionalismo en la Red o reputación digital no deben ser ajenos para aquéllos que trabajan a diario con personas, pero tienen una identidad digital en la que proyectan su trabajo y su vida personal. La Salud 2.0 ha venido para quedarse. En nuestras manos está aprovechar las oportunidades que nos brinda —que en todo lo relacionado con el uso adecuado de los medicamentos son muy relevantes— para mejorar la accesibilidad, simplificar los procesos y mejorar la calidad de la asistencia que prestamos a los pacientes.

Estructurado en cuatro apartados muy relacionados entre sí, el contenido del presente taller es el siguiente:

- La evolución hacia una Web social. ¿Qué ha cambiado?
- Salud 2.0. Una nueva forma de hacer las cosas.
- El medicamento en Internet: herramientas y recursos recomendados.
- Reputación digital, profesionalismo en la Red y otras cosas que no debemos olvidar.

Esperamos cumplir vuestras expectativas y, sobre todo, que os sea de utilidad en vuestro quehacer diario.

TALLER

Cómo navegar y no naufragar en Internet

Ávila de Tomás JF

Médico de Familia. CS Santa Isabel. DA SUR. SERMAS. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo Nuevas Tecnologías de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SoMaMFyC).

La búsqueda de información sanitaria es básica para el médico de familia y desde el inicio de Internet con sus buscadores iniciales (Yahoo o Altavista) hemos utilizado estos recursos. Posteriormente llegó Google con un motor de búsqueda con algoritmos más complejos.

La búsqueda de temas sanitarios es cada vez más importante tanto para los profesionales como para los ciudadanos. Se estima que las búsquedas relacionadas con aspectos relativos a la salud se encuentran siempre entre los cinco temas más buscados.

Cuando establecemos una estrategia de búsqueda ésta puede ser de dos tipos: activa (desde la persona al dato) o pasiva (desde el dato a la persona).

Las búsquedas activas se realizan a través de buscadores. En la actualidad hablar de buscadores es hablar de Google.

La búsqueda en Google no es tan simple como teclear en el buscador las palabras claves sobre el tema que queremos buscar ya que existen numerosas variables para el posicionamiento entre los resultados iniciales del buscador ("si no estás en Google no existes... y si estás en la segunda página de resultados tampoco") que ha dado lugar al desarrollo de técnicas de mercado para colocar productos entre los primeros resultados de búsqueda.

Google filtra por palabras pero no por calidad y este es uno de sus principales inconvenientes.

Se está desarrollando la denominada web 3.0 o web semántica que es capaz de clasificar la información en internet (y su búsqueda) por conceptos haciendo que el diálogo con la red sea más natural y próximo al lenguaje humano. Existen muchos inconvenientes para relacionar la complejidad semántica y sintáctica del lenguaje con la programación infor-

mática pero existen hoy en día buscadores que se están aproximando a conceptos próximos a la idea de web 3.0 como Hakia, Yebol y Cluud.

Las búsquedas pasivas consisten en utilizar herramientas informáticas que hacen que los datos procedentes de fuentes preseleccionadas lleguen a nuestro ordenador sin necesidad de realizar ninguna actividad (tan solo la selección previa de las fuentes). Esto se logra a partir de la "Really Simple Syndication" o RSS, una estrategia de programación que permite que actualizaciones de información de una fuente determinada puedan llegar a nuestro ordenador en el momento que se publican, informarnos de su presencia y enlazarlos directamente a sus contenidos.

Existen herramientas como los agregadores de RSS como Google Reader o Netvibes que hacen posible estas tareas de una manera fácil e intuitiva.

Una vez que disponemos de una cantidad suficiente de información surge de manera natural la necesidad de ordenarla y gestionarla. Uno de los gestores de información más utilizados es Zotero. Se trata de una herramienta gratuita programada en plataforma abierta y colaborativa que permite la gestión de referencias bibliográficas en múltiples formatos con la posibilidad de incorporarla a nuestro procesador de textos y gestionar la bibliografía de un artículo. Además permite crear carpetas compartidas para organizar trabajos colaborativos en red.

Por último las redes sociales como herramientas de diálogo y comunicación son fuentes cada vez más potentes para obtener información.

En este taller se abordará fundamentalmente el problema de la búsqueda de información y se ofrecerán conocimientos básicos para el inicio en el manejo de lectores de RSS y Zotero.

TALLER

Código Ictus. Medidas de actuación en el Ictus agudo

Lucas Fernández C

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias Chiclana-La Janda. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz- La Janda. Miembro GdT de Urgencias de SAMFyC

El Ictus es un problema individual y de salud pública de primer orden, ya que es una patología con una elevada frecuencia y que provoca un gran impacto tanto en el paciente como en la sociedad. Constituye una de las primeras causas de morbi-mortalidad en el mundo, y en España es actualmente la segunda causa de muerte en la población general (la primera causa en la mujer). Si a esto añadimos que tres cuartas partes de los Ictus afectan a pacientes mayores de 65 años, y que la tendencia de la población camina hacia el progresivo envejecimiento, se prevé que en los próximos años haya un incremento de la incidencia y prevalencia de esta enfermedad.

Además el Ictus es la primera causa de discapacidad grave en la edad adulta y la segunda de demencia (lo que supone una carga personal y familiar importante) y genera una carga económica significativa para los servicios socio-sanitarios de nuestro país.

Todo ello nos lleva a que desde el punto de vista sanitario adoptemos una serie de medidas encaminadas a la prevención primaria, mediante el adecuado control de los factores de riesgo. Sin embargo, una vez que se ha producido el Ictus, nuestro objetivo va a ser disminuir la mortalidad y reducir las secuelas derivadas de él.

Una de las claves para el éxito en la atención del Ictus en su fase aguda es la rapidez con la que se detectan los síntomas iniciales y se contacta con los sistemas de emergencias médicas para comenzar a actuar con la mayor rapidez posible, y así, acortar el tiempo que transcurre desde que el paciente sufre un Ictus hasta que se toman las medidas terapéuticas adecuadas en cada caso. Para ello es importante incidir en la información a los ciudadanos sobre los síntomas de alarma a tener en cuenta, así como disponer de una buena coordinación entre los servicios de urgencias y los centros sanitarios mediante la activación del llamado "Código Ictus".

El objetivo de este taller es proporcionar a los profesionales sanitarios implicados en la atención urgente de paciente con Ictus agudo los conocimientos y habilidades necesarias para el adecuado manejo de estos pacientes.

Los puntos clave los podemos resumir:

1. El Ictus debe ser considerado como una **emergencia médica**.
2. El **Código Ictus** se define como un sistema de actuación coordinado entre distintos niveles asistenciales, que permite la rápida identificación, notificación y traslado de los pacientes con Ictus a los servicios de urgencias.
3. El primer escalón de cualquier actuación protocolizada en el manejo del paciente con Ictus está basado en el correcto diagnóstico clínico, y es éste el pilar sobre el que se sustentarán el conjunto de actuaciones sucesivas.
4. El objetivo fundamental ante la sospecha de un Ictus Agudo es que el paciente sea trasladado en el menor tiempo posible al centro hospitalario más cercano que disponga de una **Unidad de Ictus** en la que se pueda realizar un tratamiento efectivo de forma precoz, adoptando una serie de medidas terapéuticas que minimicen el daño cerebral.
5. Los objetivos principales del tratamiento en la fase aguda del Ictus son, preservar la integridad de las neuronas que aún no presentan daño irreversible (área de penumbra) y prevenir o resolver posibles complicaciones. El control de una serie de variables fisiológicas (presión arterial, oxigenación, temperatura y glucemia) desde la primera atención sanitaria, se ha mostrado como una medida de neuroprotección eficaz en el manejo del ictus isquémico agudo.

TALLER

Actualización en Síndrome Coronario Agudo

Pérez López I

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias Chiclana-La Janda, Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz
GdT SAMFyC de Urgencias de la SAMFyC*

La Atención Primaria tiene un papel fundamental como primer eslabón en la cadena asistencial y como tal en determinadas situaciones tenemos que asistir de manera urgente patologías que pueden ser banales o potencialmente letales. De entre éstas el síndrome coronario agudo (SCA) constituye una emergencia médica cuyo pronóstico va a depender de su rápido diagnóstico y de la indicación terapéutica más adecuada.

Pero esto no es sencillo, cuando un paciente consulta por presentar un dolor torácico agudo lleva consigo una sensación de angustia y sentimiento de riesgo inminente para su vida que contagia en ocasiones al profesional sanitario, además del reto que supone por una parte evitar derivaciones al servicio de urgencias hospitalario innecesarias que sobrecarguen el ya saturado sistema y por otro no dar de alta a pacientes con patologías potencialmente peligrosa.

Dado que representa un desafío con el que se enfrenta a menudo el médico de familia resulta imprescindible contar con los conocimientos más actualizados que nos aportan las guías clínicas para así aumentar nuestra capacidad resolutive y que nos permitan reconocer y tratar de forma precoz esta patología procurando el traslado urgente al Hospital empleando los medios y recursos más adecuados en cada caso.

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

del sistema sanitario donde nos encontremos y del sistema profesional que atiende al paciente.

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

- Facilitar a todos los pacientes, independientemente de donde se encuentren, la atención más adecuada y precoz, dentro de lo cual podría incluirse el establecimiento de unas directrices de derivación por parte de Atención Primaria no tanto al centro hospitalario más cercano, sino al más próximo con posibilidad de tener disponible un laboratorio de hemodinámica para la realización de angioplastias, así como protocolos consensuados para la administración de fibrinolíticos en el área extrahospitalaria.
- Establecer protocolos de actuación bien definidos para los pacientes que consulten por un dolor torácico.
- Disponer de un registro continuo que permita analizar los resultados para conseguir una mejora continua de la atención a estos pacientes.

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

- Conocer la importancia del diagnóstico clínico temprano del Síndrome coronario agudo (SCA).

- Adquirir habilidades en la interpretación de los signos y síntomas clínicos del SCA.

- Adquirir habilidades en la interpretación electrocardiográfica de los SCA y su diferenciación en Síndrome coronario agudo sin elevación del

ST (SCASEST)/ Síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST).

- Adquirir los conocimientos y habilidades para el correcto manejo terapéutico de los SCASEST y SCACEST, incluyendo la elección de la estrategia de reperfusión más adecuada en cada caso.

- Conocer las complicaciones más frecuentes del SCA.

TALLER

Claves para realizar consejo dietético y sobre ejercicio físico en nuestras consultas de Atención Primaria

Jiménez Lorente CP^{1*}, Gómez Quevedo L^{2*}

¹Médica de Familia. CS Zaidín Sur. Granada

²Médico de Familia. Consultorio Peñaflo. UGC Palma del Río. Córdoba

*Miembro GdT SAMFyC de nutrición y promoción el ejercicio físico

Algunas de las enfermedades más prevalentes en nuestra sociedad, atendidas en las consultas de Atención Primaria son subsidiarias cuando menos de un consejo dietético. En otros casos, como la obesidad y la Diabetes, la intervención nutricional y la prescripción de ejercicio físico deben plantearse como estrategia básica del tratamiento.

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

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

Las evidencias sobre los beneficios de la realización de ejercicio físico son extendidas entre los profesionales y la población, sin embargo, no está tan claro sobre el tipo de ejercicio idóneo para cada paciente en función de su estado de salud, entorno, necesidades e intereses.

La Atención Primaria ocupa un lugar fundamental en cualquier estrategia dirigida a mejorar los hábitos de vida de la población y del individuo.

Desde los Centros de Salud se pueden dirigir actuaciones hacia el individuo, la familia y los grupos de riesgo.

Nuestra actuación va desde el consejo hasta la prescripción. Por todo ello resulta fundamental alguna estrategia necesaria para una intervención dietética y de ejercicio físico efectiva.

Bibliografía:

Van Horn L, McCain M, Penny M, Ethernon k, Burke F, An S, Champagne M, Karmally W, Sikand G. The evidence for dietary prevention and treatment of cardiovascular disease. J Am Diet Assoc. 2008; 108: 287-331.

Kris Etherlon PM et al. Summary of scientific on dietary fatty and cardiovascular Health: confrence summary the nutrition of American Heart Association. Circulation. 2001; 103:1034-39.

Oomen CM. Assotion between trnas fatty acid intake and 10 year rik of coronary heart disease in the Zutphen Elderly Study: a propective population based study. 2001. 357:746-751.

Kris Etherlon PM, Harris WS, Appel LJ, Fish. Consumption, fish oil, omega-3 fatty acids and cardiovascular disease. Circulation. 2002; 106: 2747-57.

Tribble DL. Antioxidant consumption and risk of coronary heart disease: emphasis on vitamin C, vitamin E and beta -caroteno. Astement for health-care porfessional from the Nutrition Committee of the American Heart Association. Circulation. 1999; 99: 591-5.

Manch C, Willianson G, Morand C, Scalbert A, Remesy C. Bioavailability and bioefficacy of polyphenols in humans. I review of 97 bioavailability studies. *An J Clin Nutr.* 2005; 81: 2305-25.

Anderson JW. Whole grains protect against atherosclerotic cardiovascular disease. *Proc Nut Soc.* 62:135-42.

Brotons C, Royo-Borbonada MA, Alvarez Sala L, Armario P, Antiago R, Conthe P, et al. Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención cardiovascular. 2003.

Mensik RP, Katan MB. Effect of dietary fatty acids on serum lipids and lipoproteins. A meta-analysis of 27 trials. *Arterioscler Tromb.* 1992; 12: 911-9.

Hooper L, Summerbell CD, Higgins JP, Thomson RL, Capps NE, Smith GD. Dietary fat intake and prevention of cardiovascular disease: systematic review *BMJ.* 2001; 322: 757-63.

HU FB, Manson JE, Willet WC. Types of dietary and risk of coronary heart disease: a critical Review. *J AM Coll Cardiol.* 2001; 20: 5-19.

TALLER

Salud Comunitaria: trabajando la perspectiva comunitaria en AP

Cofiño Fernández R¹, Fernández Gregorio A², Padilla Bernáldez J³

¹Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe del Servicio de Salud Poblacional. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias

²Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Huelva

³Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Sevilla

La Salud Comunitaria, a pesar de formar parte del nombre de nuestra especialidad (Medicina Familiar y Comunitaria) es uno de los temas apenas abordados tanto en nuestra práctica clínica habitual como en los programas formativos de la especialidad y de los congresos de las grandes sociedades científicas. Esta perspectiva de la *salud comunitaria* parte de que la salud de los individuos y de las poblaciones no es sólo el resultado de una carga genética y unos comportamientos individuales, sino de la combinación e interacción de diversos factores de índole socioeconómico, medioambiental, personal y sanitario. Se ha visto que la salud de la población (incluyendo la esperanza de vida de la misma) varía según factores como la tasa de desempleo, la renta, la clase social o las redes de apoyo sociofamiliar. Según esta perspectiva, en la cual el sistema sanitario sólo sería responsable de un 10% de la salud de la población, es necesario tener en cuenta el resto de condicionantes que van a determinar la salud de nuestros pacientes.

Desde la perspectiva del médico y su consulta conviene llevar a cabo lo que Turabián vino a llamar “mirar a la comunidad a través de la mirilla de la consulta”, siendo conscientes de que nuestro rol como médicos de familia es sólo una parte en el entramado sociosanitario y que debemos trabajar conjuntamente con el resto de profesionales (enfermería, trabajo social,...). Una vez el médico de familia tenga integrada esta visión, puede dar un paso más allá y salir de la consulta para intentar ofrecerse a la comunidad.

No toda actividad de intervención comunitaria es buena per se si no tiene una estructura metodológica y de evidencia científica detrás que la avale. Un buen abordaje metodológico es el

llamado “Investigación, Acción, Participación”, definido por las siguientes fases: 1) Observación participante, 2) Investigación participativa, 3) Acción participativa y 4) Evaluación, intentando que los proyectos nazcan de la comunidad y actúen sobre ella, a la vez que se trata de conectar redes de una forma distribuida (sin necesidad de que los servicios sanitarios actúen como nodos centrales de dichas redes).

Dentro de las actividades que se podrían encuadrar bajo el título de “Salud Comunitaria” está el Observatorio de Salud de Asturias (OBSA; <http://www.obsaludasturias.com>), que conjuga la clasificación de los diferentes municipios de Asturias en función de varios indicadores que miden el estado de sus determinantes sociales de salud, con la técnica de mapeo de activos en salud (consistente en la búsqueda de aquellos proyectos puestos en marcha en cada región y que pueden constituir un activo para la salud de la población que habita dichas regiones).

Otro ejemplo, en el que existe implicación directa de los profesionales sanitarios de un centro de salud, es el ProyectoRiu, consistente en la formación de promotoras de salud con la implicación de gran variedad de agentes sociosanitarios de la comunidad donde tiene lugar.

Para terminar, podríamos señalar un camino de implicación comunitaria del médico de familia que seguiría los siguientes pasos: 1) Atención individual a demanda, 2) Apertura de canales de comunicación con otros profesionales implicados en la asistencia sociosanitaria, 3) Aproximación al diagnóstico de salud, definido por los propios sanitarios y 4) formación de un organismo comunitario participativo y participación en el mismo.

TALLER

Lectura crítica de artículos científicos y farmacoeconomía

Ruiz Aragón J¹, Márquez Peláez S²¹Especialista en Microbiología clínica. Doctor en Farmacia. Máster en Metodología de la Investigación. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA), Consejería de Salud, Junta de Andalucía²Economista experto en economía de la Salud. Máster en economía de la Salud.

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA), Consejería de Salud, Junta de Andalucía

Con el desarrollo de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), se establecen unas pautas determinadas que ayudan en la toma diaria de decisiones, basándose en la calidad de la literatura existente de un tema en concreto.

Las mejores evidencias científicas se encuentran en forma de artículos en revistas biomédicas, pero el número de publicaciones es abrumador y el número de artículos sobre un tema determinado puede ser también muy alto.

La lectura crítica es parte del proceso de la MBE o, en términos generales, la Práctica Basada en la Evidencia. Es una herramienta imprescindible para todos los profesionales sanitarios que deben tomar decisiones en su práctica diaria.

Debemos ser capaces de distinguir las pruebas científicas válidas que nos permitan asegurar que las decisiones sanitarias que tomamos son las mejores a la luz de los conocimientos actuales de los que disponemos.

La lectura crítica es una técnica que ofrece la oportunidad de aumentar la efectividad de nuestra lectura, adquiriendo las habilidades necesarias para excluir con la mayor prontitud los artículos científicos de baja calidad y aceptar aquellos otros con la suficiente calidad científica para ayudarnos en nuestra toma de decisiones en la práctica diaria. Es una actividad dirigida a evaluar la validez de los trabajos para nuestra investigación o práctica profesional. Evaluar críticamente se define como la capacidad de verificar la validez (aproximación a la verdad) y utilidad (aplicabilidad clínica) de los resultados de la investigación publicados, con el fin de incorporarlos al cuidado de los pacientes y mejorar así la calidad de la asistencia.

Es necesaria para limitar los sesgos (errores), obtener una idea de las comparaciones que puedan establecerse y guiar la interpretación de los resultados. Los puntos clave de esta lectura crítica son la evaluación de la validez de los estudios, la determinación de la presencia de sesgos y la utilización de escalas de calidad.

Antes de comenzar con la lectura crítica de un artículo concreto, se puede iniciar el análisis preliminar de los artículos planteando una serie de cuestiones que responden a la evaluación inicial de su calidad, como la revista, el tipo de artículo y el resumen del mismo.

A continuación, comienza el proceso de lectura crítica. Los tres aspectos generales más importantes a evaluar son:

-Validez Interna: ¿son válidos estos resultados? Los criterios de validez de los artículos son diferentes según sea el tipo de pregunta formulada: sobre tratamiento, diagnóstico, evaluación económica... Dependiendo de la validez de un artículo, lo podemos clasificar dentro de una escala de niveles de evidencia y grados de recomendación. La validez interna de un trabajo se evalúa detectando si el estudio está libre de sesgos.

-Relevancia de resultados: ¿qué resultados se han obtenido?, ¿la intervención experimental frente al control muestra un gran efecto?, ¿cómo miden el efecto?, ¿son precisos los resultados?

-Validez Externa: ¿son pertinentes o aplicables estos resultados en nuestro entorno?, ¿se puede desarrollar el mismo experimento con nuestros pacientes y con las condiciones especiales que te-

nemos en nuestro medio?, ¿es reproducible? La utilidad de los resultados está en relación con su aplicabilidad en nuestra práctica profesional que está asimismo relacionada con la validez externa entendida como la generalización o extrapolación de los resultados.

Con estas herramientas que utilizaremos en el Taller de Lectura Crítica, se pretende dar respuesta coherente a estas cuestiones, para poder aplicarlas así, en la práctica médica diaria, optimizando nuestros recursos y considerando criterios de eficiencia.



TALLER

Taller avanzado de herramientas web 2.0.

Ávila de Tomás JF

Médico de Familia. CS Santa Isabel. DA SUR. SERMAS. Madrid. Miembro del GdT Nuevas Tecnologías de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SoMaMFyC)

El desarrollo de Internet sufrió un importante giro con los adelantos tecnológicos que supusieron la posibilidad de interacción. De esta forma pasamos de ser espectadores/lectores de la información existente en Internet a tener la posibilidad de ser protagonistas/autores de la información que aparece actualmente en la red.

De estas interacciones, en un principio particulares e individuales, se desarrolló de manera natural la conversación entre diferentes participantes y la posibilidad de desarrollos de trabajos colaborativos en los que las variables tiempo y distancia comenzaban a carecer de sentido.

Para los médicos en general y para los médicos de familia en particular, la conversación, el diálogo y la comunicación con los pacientes y con los ciudadanos es una función propia de nuestra actividad profesional.

De esta forma no es de extrañar que numerosos médicos de familia estemos tomando estas herramientas como posibilidades de diálogo con nuestros pacientes, medios para realizar trabajos colaborativos o foros virtuales de contacto con otros profesionales.

Posiblemente las redes sociales sean los exponentes más representativos de la web 2.0 ya que permiten el diálogo y la conversación en un mismo plano de autoridad en la comunicación.

Las redes sociales generales como Facebook o Twitter se están utilizando en numerosos aspectos sanitarios (tanto dirigidos directamente a los ciudadanos como a los profesionales sanitarios o mixtos), pero cada vez van apareciendo redes específicas en el campo de la salud más o menos

independientes que son capaces de poner en contacto a profesionales, enfermos o familiares de enfermos para comunicarse entre sí. Redes sociales profesionales como LinkedIn son capaces, fundamentalmente a través de sus grupos, de poner en contacto a numerosos profesionales sanitarios y crear redes de trabajo.

Los blogs, herramientas que se iniciaron dentro de la web 1.0 se han adaptado a la posibilidad de conversar añadiendo herramientas enlazadas a redes sociales generales que dan posibilidad de conversación dentro de una estructura que era de comunicación unidireccional.

Pero la web 2.0 es mucho más que las redes sociales y los blogs y muchas herramientas están adaptando la posibilidad de integrarse en redes. De esta forma, herramientas que en un principio eran individuales y tenían una función concreta y determinada, han evolucionado hacia la puesta en común de la información y la posibilidad del trabajo colaborativo. Como ejemplos de éstas podemos citar: Slideshare, YouTube, Calameo o Prezi.

Otros elementos que se encuadran dentro de este universo 2.0 son los wikis o los sistemas de difusión en directo de audio o vídeo.

Entre los objetivos de este taller están:

- Realizar un breve repaso del concepto de la web 2.0 y el mapa de recursos.
- Colocar las redes sociales más conocidas y utilizadas por los sanitarios en su contexto concreto dentro de este sistema.
- Analizar ventajas e inconvenientes de cada una de ellas tanto en las relaciones entre

profesionales como en las relaciones con los ciudadanos.

- Exposición de los médicos de familia en las redes sociales de forma no autorizada.
- Confidencialidad y secreto profesional en redes sociales.
- Presencia, posicionamiento y prestigio digital en redes sociales.

El taller se basará en la filosofía 2.0, es decir, a través de un diálogo continuado entre los participantes y la participación en debates a través de Twitter para analizar posteriormente los resultados (métricas básicas de twitter). Se iniciará con una breve exposición general seguido de un tiempo de interacción entre los participantes a través del ordenador y una serie de debates final sobre la confidencialidad y secreto profesional en redes sociales y la presencia, el posicionamiento y el prestigio digital.

TALLER

Habilidades clínicas en pacientes con síntomas del tracto urinario inferior

Serrano Galán FR^{1*}, Martínez Pérez R^{2*}, Toribio Onieva JR^{3*}, Antonio Santiago M⁴

¹Médico de Familia. CS Tomares. Sevilla

²Médico de Familia. CS Bollullos Par del Condado. Sevilla

³Médico de Familia. CS Linares. Jaén

⁴Médico de GSK. Rama Urología. Zona Andalucía y Canarias

*Miembro GdT SAMFyC de Urología

El objetivo de este taller de cuatro horas de duración es actualizar conocimientos y habilidades en el manejo de la patología urológica, cada vez más presentes en nuestro entorno de trabajo, por el aumento de la esperanza de vida y ser una patología asociada a la edad.

El médico de familia dispone en la actualidad de medios diagnósticos y terapéuticos suficientes para el manejo y resolución de problemas urológicos de alta prevalencia.

El GdT (grupo de trabajo) de SAMFyC hemos decidido seleccionar cuatro temas para impartir en este taller condicionados por su alta prevalencia, por su impacto en la calidad de vida del paciente y porque las decisiones sean claves para la salud de nuestros pacientes como la incertidumbre en las cifras de antígeno prostático específico.

Son sesiones muy prácticas, con casos clínicos y manejo de material docente para poder aprender de forma casi real, simuladores de sondaje urinario y de tacto rectal, que todos los participantes realizarán in situ.

Se abordará el manejo del paciente con síntomas del tracto urinario inferior secundario a obstrucción prostática benigna, su aspecto diagnóstico con la práctica del tacto rectal, sus criterios de

derivación y uso racional del medicamento así como la presentación de un estudio Delphi con urólogos españoles sobre el manejo de esta patología que afecta de forma evidente a la calidad de vida de los pacientes.

Realizaremos también un taller interactivo y actualizado sobre la incertidumbre del manejo de las cifras de antígeno prostático específico (PSA) en el paciente con obstrucción prostática benigna, en el cribado del cáncer de próstata y en el seguimiento del paciente con cáncer de próstata ya diagnosticado y tratado.

Abordaremos también el diagnóstico y los criterios de derivación de la incontinencia urinaria femenina y masculina del que disponemos de un documento de consenso entre sociedades de Atención Primaria y urología para su manejo, así como el uso racional del medicamento y el uso eficiente del material paliativo como absorbentes y sondas.

Por último no debemos descuidar la técnica del sondaje urinario masculino y femenino que aunque la hacen de forma habitual los enfermeros, el médico debe saber realizar (dispondremos de simuladores) así como sus indicaciones / contraindicaciones, tipos de sondas, el manejo de los pacientes con sondaje permanente y el uso racional de antibióticos.

TALLER

Actividades preventivas y programas de screening de patologías tumorales

López Verde F¹, Fernández Fernández JF²

¹Médico de Familia. CS Delicias. Málaga. Coordinador GdT SAMFyC Atención al paciente oncológico

²Médico de Familia. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. Miembro GdT SAMFyC Atención al paciente oncológico

El cáncer es un problema de salud de primera magnitud. Presenta una alta incidencia, una elevada mortalidad (segunda causa de muerte en global y primera en varones) y una prevalencia en aumento. Una adecuada estrategia de prevención primaria puede hacer descender su incidencia. La correcta aplicación de actividades de prevención secundaria puede contribuir al descenso de la morbilidad asociada.

Sólo existen determinantes de riesgo conocidos para la mitad de los cánceres. El 35 % de las muertes por cáncer son atribuibles a nueve factores de riesgo potencialmente modificables: tabaco, obesidad, sedentarismo, dieta, exposición solar, determinados agentes infecciosos (VHB, VHC, VIH, VPH, Epstein-Barr, *Helicobacter pylori*), factores reproductivos, factores hormonales y exposición a tóxicos laborales y ambientales. Entre las medidas de prevención primaria, además de cambios en estilos de vida, hay que considerar la administración de vacunas (VHB y VPH). No existe por ahora indicación para ninguna medida de quimioprevención.

La realización de actividades de prevención secundaria (cribados) a personas sanas implica trabajar con poblaciones con bajo riesgo de enfermedad. Por tanto, el test ha de tener una sensibilidad muy alta para poder detectar todos los casos, incluyendo aquellos en estadios iniciales, donde el tratamiento será más eficaz, y tener también una alta especificidad para reducir el número de personas con un resultado positivo que requerirían una evaluación diagnóstica. Un test de cribado positivo exige siempre una confirmación del diagnóstico.

La mayoría de personas a las que se les realiza no recibirán ningún beneficio y por el contrario pueden estar expuestas a riesgos para su salud:

efectos adversos de la prueba en sí, pruebas de confirmación innecesarias, falsa seguridad, efectos psicológicos y un problema cada día más evidente como es el del sobrediagnóstico (cánceres con pronóstico bueno en los que su detección no beneficia al paciente).

A la hora de valorar la utilidad de las pruebas de cribado también hay que tener en cuenta aspectos como los sesgos de adelanto diagnóstico y el de duración de la enfermedad.

En el momento actual se admite, no sin discusión, la eficacia en la prevención secundaria del cáncer mediante cribados en mama, cérvix y colorrectal, y existen controversias sobre la eficacia en otras localizaciones como la próstata y el pulmón.

Existen menos dudas en la eficacia de las estrategias de prevención en poblaciones de alto riesgo, pero sin embargo su implementación está mucho menos desarrollada.

Sería deseable que en las consultas de Atención Primaria se facilitase la difusión y aplicación del *Código Europeo contra el cáncer (2003)*:

- No fume; si fuma, déjelo lo antes posible. Si no puede dejar de fumar, nunca fume en presencia de no fumadores.
- Evite la obesidad.
- Realice alguna actividad física de intensidad moderada todos los días.
- Aumente el consumo de frutas, verduras y hortalizas variadas. Limite el consumo de alimentos que contienen grasas de origen animal.

- Si bebe alcohol modere el consumo a un máximo de dos unidades diarias si es varón, o a una si es mujer.
- Evite la exposición excesiva al sol.
- Aplique estrictamente la legislación destinada a prevenir cualquier exposición a sustancias que pueden producir cáncer.
- Las mujeres a partir de 25 años deberían someterse a pruebas de detección precoz del cáncer de cuello uterino.
- Las mujeres a partir de 50 años deberían someterse a una mamografía para la detección precoz del cáncer de mama.
- Tanto varones como mujeres a partir de 50 años deberían someterse a pruebas de detección precoz del cáncer de colon.
- Participe en programas de vacunación contra el virus de la hepatitis B.

TALLER

Psicofarmacología Aplicada en Atención Primaria

Domínguez Domínguez JA¹, Largaespada Pallavicini²

¹Médico de Familia. CS Utrera Sur. Sevilla

²Médico de Familia. CS Bollullos Par del Condado. Sevilla

Ante la alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo en Atención Primaria, se plantea necesario actualizar los conocimientos sobre psi-cofarmacología que permitan un correcto manejo del amplio arsenal de psicofármacos que disponemos actualmente, aumentando la eficacia de nuestras prescripciones.

Para dar respuesta a esta necesidad se presenta el presente taller desarrollado por los doctores

Guillermo Jesús Largaespada Pallavicini y José Antonio Domínguez Domínguez; en el cual se pretende dar a conocer los fundamentos básicos de la neurotransmisión y las teorías vigentes en cuanto a los principales neurotransmisores implicados en la psicopatología; aprendiendo a relacionar la fisiología cerebral con el amplio espectro de síntomas que aparecen en dichas enfermedades, pudiendo orientar así las prescripciones de los psicofármacos.

TALLER

Actualización en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. De la dieta a las últimas insulinas.Gómez García M^aC^{1*}, Garrido Redondo N^{2*}, Avila Lachica L^{3*}¹Doctor en Medicina. CS Vélez-Norte. Vélez-Málaga. Distrito Axarquía (Málaga).²Médico de Familia. CS Nuestra Señora del Gavellar. Úbeda. Distrito Jaén Nordeste (Jaén)³Doctor en Medicina. Consultorio de Almachar. Distrito Axarquía (Málaga).

*GdT de SAMFyC de Diabetes

La diabetes (DM) es una enfermedad crónica y de tratamiento complejo. Desde su diagnóstico, el médico y el paciente con diabetes tienen que realizar un laborioso plan, que va desde la modificación en pautas de tratamiento dietético y ejercicio, al ajuste de diferentes tratamientos farmacológicos con el fin de conseguir, en la medida de lo posible, niveles de normoglucemia con mínimos efectos secundarios tales como las hipoglucemias o el aumento de peso.

La actualización en el tratamiento de la diabetes es por tanto, fundamental para el médico de familia, y el conocimiento de los mecanismos de acción de cada fármaco conducirá a un tratamiento más adecuado, especialmente en terapia combinada donde debemos buscar las asociaciones más sinérgicas.

En la DM2, el tratamiento farmacológico debe plantearse cuando tras un período de 3-6 meses de tratamiento con medidas higiénico-dietéticas, en ausencia de síntomas graves, complicaciones microvasculares o embarazo, no se consiguen los objetivos de control. Las recomendaciones conjuntas de las sociedades americana y europea de Diabetes (ADA-EADS) abogan por el uso inicial de metformina en el momento del diagnóstico.

Entre los fármacos hipoglucemiantes nos encontramos los insulino-secretores, como las sulfonilureas (SU) y glinidas y los fármacos que actúan sobre el mecanismo fisiopatológico de la diabetes tipo 2, los insulino-sensibilizadores: metformina y glitazonas (pioglitazona).

Contamos también fármacos que actúan por un doble mecanismo de acción. La acción de

estos fármacos está mediada por las incretinas, péptidos secretados a nivel de las células L intestinales, que actúan sobre las células alfa pancreáticas frenando la secreción de glucagón, por lo que disminuyen la insulino-resistencia, y sobre las células beta aumentando la secreción de insulina, por lo que actúan como insulino-secretores. Los fármacos con efecto incretina que conocemos actualmente pertenecen a dos grupos; inhibidores de la DPP-4 (sitagliptina, vildagliptina, saxagliptina y linagliptina), que actúan inhibiendo el enzima que degrada las incretinas secretadas fisiológicamente y los incretinomiméticos, análogos de las incretinas (exenatide y liraglutide). La principal desventaja de estos dos últimos es que se administran por vía subcutánea, exenatide dos veces al día y liraglutide en inyección única diaria. Su principal ventaja es que al ser glucosa dependientes, no producen hipoglucemias, por lo que son fármacos más seguros que las SU, al menos a corto plazo, y además producen pérdida de peso, lo que en la mayoría de los pacientes diabéticos tipo 2 supone un valor añadido.

Además contamos con la insulina, el tratamiento más costo-eficaz para la reducción de la Hb A1c. Aunque clásicamente se utilizaban como último escalón en el tratamiento de la diabetes tipo 2, cada vez más se utiliza como primer escalón, fundamentalmente en hiperglucemias sintomáticas, sobre todo para vencer el fenómeno de glucotoxicidad. En cuanto a las pautas de administración y en terapia de optimización se inicia añadiendo al tratamiento habitual una dosis de insulina basal (NPH o análogo de acción larga) y si fracasa esta pasaremos a la terapia basal-plus, basal-bolus o terapia con insulina mixta.

Afortunadamente estamos asistiendo a importantes novedades en el campo del tratamiento de la diabetes. Una nueva forma de aplicación para el exenatide es Bydureon®, la marca comercial aprobada para el exenatide long acting release (LAR) para utilizar en combinación con metformina, sulfonilureas y tiazolidindionas a la dosis de 2 mg una vez en semana.

En el campo de las insulinas se esperan al menos dos nuevos tipos. Por un lado la insulina Degludec, análogo ultra largo que podría utilizarse tres veces por semana con resultados similares a los obtenidos con la inyección diaria de otras insuli-

nas basales, pero con menor ganancia ponderal, y en el lado opuesto, insulinas aún más rápidas que las actuales ultrarrápidas, como Linjeta, con menor ganancia de peso.

Otra novedad son grupos de fármacos con diferente mecanismo de acción. Los primeros que se comercializarán son dapagliflozina (antagonista SGLT-2), que actúan a nivel renal inhibiendo la reabsorción tubular de glucosa y produciendo una glucosuria forzada, dando lugar a una disminución de la glucemia tanto basal como postprandial de forma glucemia dependiente.



TALLER

Manejo integral del hombro doloroso

Gallo Vallejo FJ^{1*}, García Aparicio JM^{2*}, Morillas Arques P^{3*}¹Médico de Familia. Centro de Salud Zaidin-Sur. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo Enfermedades Reumatológicas de semFYC. Coordinador GdT SAMFyC Aparato Locomotor²Médico de Familia. UGC Río Nacimiento. Abta (Almería)³Reumatóloga. Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Guadix (Granada)

*GdT SAMFyC Aparato Locomotor

Objetivos del Taller:

Proporcionar al alumno diversas herramientas que le mejoren su competencia en el manejo diagnóstico-terapéutico de las patologías no traumáticas más frecuentes del hombro en la consulta de Atención Primaria.

- Hacer un repaso anatomofisiológico de la articulación del hombro.
- Revisar la exploración clínica fundamental de los problemas más frecuentes del hombro y aprender las maniobras exploratorias básicas en la exploración del hombro.
- Revisar la indicación y utilidad de pruebas de imagen en la patología no traumática del hombro.
- Repasar las diversas alternativas terapéuticas existentes en el tratamiento médico y rehabilitador del hombro doloroso.
- Aprender la técnica y hacer infiltraciones en la articulación del hombro (con simuladores).

I. Repaso anatomofuncional del hombro

El hombro o cintura escapular es la estructura anatómica con mayor movilidad del cuerpo y la más compleja, en ella intervienen las siguientes articulaciones:

- Glenohumeral
- Acromioclavicular
- Esternoclavicular
- Escapulotorácica

La articulación glenohumeral está formada por la cabeza humeral y por la cavidad glenoidea, posee una gran y laxa cápsula, y está revestida de una sinovial, en la que se unen dos sistemas músculos-tendinosos de estabilización y sujeción.

En la cara anterior se encuentra el tendón de la porción larga del bíceps, y el músculosubescapular que forma parte del manguito de los rotadores.

En la cara posterior está el manguito de los rotadores (supraespinoso, infraespinoso y redondo menor) los cuales se insertan conjuntamente en el troquíter.

Conocer los elementos anatómicos de esta articulación así como los músculos implicados en los diferentes movimientos es esencial para la exploración clínica, para el diagnóstico y para plantearse hacer infiltraciones.

MOVIMIENTO	GRADOS	ARTICULACIÓN IMPLICADA	MÚSCULOS RESPONSABLES
Abducción	180°	Glenohumeral Escapulotorácica Acromioclavicular	Deltoides Supraespinoso
Aducción	45°		Dorsal ancho y pectoral mayor
Flexión o elevación anterior	180°	Glenohumeral Escapulotorácica	Deltoides anterior Coracobraquial
Extensión o elevación posterior	45°	Glenohumeral Escapulotorácica	Deltoides posterior Subescapular
Rotación externa	45°	Glenohumeral	Manguito de los rotadores (infraespinoso)
Rotación interna	90°-135°	Glenohumeral	Subescapular

II. Exploración clínica

La exploración debe comenzar con la inspección del cuello y del tronco del paciente comparando ambos lados y buscando posiciones antiágicas, tumefacciones, equímosis o posibles atrofas musculares. Se continuará con la palpación, detectando puntos dolorosos.

La exploración de la movilidad será fundamental, debiendo diferenciar entre:

- Movimientos activos

- Movimientos pasivos

- Movimientos contra resistencia

La exploración de la movilidad se inicia comprobando si el movimiento activo es doloroso, posteriormente se analiza el movimiento pasivo y por último se explora la movilidad contra resistencia.

Se diferencian tres tipos principales de patrones dependiendo de la exploración de movilidad realizada al paciente:

PATRÓN	Movimientos activos	MOVIMIENTOS PASIVOS	MANIOBRAS RESISTIDAS
PERIARTICULAR	Limitados con dolor	Normales	Limitados (con dolor a maniobras selectivas)
ARTICULAR	Limitados con dolor	Limitados con dolor	No necesarias No hay movimiento sin dolor articular
DOLOR REFERIDO	Normales	Normales	Normales

Ciertas maniobras exploratorias sencillas, como la del arco doloroso o las maniobras de rascado de Apley (superior e inferior) proporcionan valiosa información al explorador y se pueden realizar con un mínimo tiempo en nuestra consulta. Además, existen otras maniobras específicas que orientan al problema más exacto del paciente con hombro doloroso.

III. Técnicas de imagen

III.1. Radiología simple.

Es la técnica más usada, se utiliza la proyección anteroposterior, habitualmente, aunque a veces son necesarias también las proyecciones en máxima rotación y axiales.

Sin antecedente traumático, generalmente no muestra hallazgos relevantes por lo que no se recomienda su realización de rutina al inicio de

los síntomas, salvo excepciones. Estaría indicada en casos resistentes al tratamiento o en episodios recurrentes de omalgia

III.2. Ultrasonografía (Ecografía)

Técnica muy útil para el estudio del hombro doloroso. Permite valorar los músculos y tendones del manguito de los rotadores, los contornos óseos, las bursas y los espacios articulares.

Es una prueba no invasiva, barata y que permite una exploración dinámica del hombro, pero no siempre está accesible para Atención Primaria.

III.3. R.M.

La resonancia magnética permite hacer un estudio más exacto de los tejidos blandos y del cartílago intraarticular, pero no suele estar al alcance del médico de Atención Primaria.

IV. Patologías más frecuentes que causan hombro doloroso

Excluyendo causas traumáticas, óseas, extraarticulares o de dolor referido, las patologías que más frecuentemente causan cuadro de hombro doloroso son las siguientes:

A. *Tendinitis del manguito de los rotadores*

Supone hasta el 70% de las causas de hombro doloroso, siendo la más frecuente la del supraespinoso. Causada por microtraumatismos o pequeños desgarros. A veces, depósitos cálcicos. Dolor al separar el brazo (abducción). No dolor en reposo.

Exploración: arco doloroso en la elevación (abducción). Abducción resistida dolorosa (Signo de Hobe positivo). Dolor a nivel de la inserción sobre el troquíter.

A veces, calcificaciones en la inserción del supraespinoso (Rx) y se conoce como tendinitis calcificante.

B. *Bursitis subacromial o subacromiodeltoidea*

Son de instauración aguda, sin evidencia de antecedente traumático. Los signos inflamatorios se aprecian superficialmente. La abducción queda limitada. Por vecindad, puede inflamarse el tendón del supraespinoso, por ello la clínica puede ser superponible a la de la inflamación del manguito de los rotadores.

C. *Capsulitis adhesiva (Hombro congelado)*

Su causa es desconocida, en algunos casos y en otros se encuentra asociada a diversas enfermedades: diabetes mellitus, artritis inflamatorias, enfermedades tiroideas, pulmonares o cardíacas, accidentes cerebrovasculares, traumatismos, cirugía...

El dolor es más agudo en las primeras semanas y hay limitación funcional en todos los planos de movimiento del hombro. A medida que transcurre el tiempo, el dolor va cediendo a favor de la atrofia muscular que, junto a la inmovilidad, pasan a ser los signos dominantes.

V. Tratamiento médico del hombro doloroso

El tratamiento de las lesiones del hombro debe llevarse a cabo de forma precoz para evitar las complicaciones derivadas de la inmovilización.; este se basa en tres pilares básicos:

- Reposo de la articulación en fase inicial y empleo de analgésicos y/o antiinflamatorios no esteroideos.
- El tratamiento rehabilitador: ejercicio y fisioterapia para restablecer la movilidad de la articulación; se admite como norma general que el tratamiento ha de iniciarse precozmente

Cuando el dolor no responda a las medidas anteriores se utilizarán las infiltraciones locales con Glucocorticoides en suspensión microcristalina y/o anestésicos locales (no indicadas ante sospecha de rotura de manguito de los rotadores)

Infiltraciones locales.-

Vías de acceso para articulación glenohumeral:

1. Vía anterior: Punto de entrada localizado 1 cm por debajo y hacia fuera de la apófisis coracoides. Dirección de la aguja perpendicular hasta notar tope óseo. Aguja 40/8 (verde).
2. Vía posterior: punto de entrada 1 cm por debajo del borde externo de la espina posterior de la escápula. Dirección de la aguja hacia la apófisis coracoides (sobre la que habremos colocado el dedo índice).
3. Vía lateral (Bolsa subacromial y tendón del supraespinoso). Punto de entrada: 1 cm por debajo de la depresión existente entre epífisis humeral y acromion. Dirección de la aguja perpendicular, 3 cm para infiltración de la bolsa subacromial, en su totalidad para supraespinoso.

Bibliografía

1. Delgado Martínez AD, Marchal Corrales JA. Manual de Anatomía Funcional y explora-

- ción clínica del aparato locomotor. 2ª ed. Jaén: CaeAla; 2005.
2. Tejedor Varillas A, Miraflores Carpio JL, Caba Doussoux P. Hombro doloroso. AMF. 2005; 1(2): 63-74
 3. García Velasco G. Explorando el hombro doloroso. ¿Tiene un síndrome de pinzamiento subacromial? AMF. 2010; 6(1):12-17
 4. Acebal Berruguete R, Rodríguez Alonso JJ. A propósito de un caso: Tendinosis del hombro. AMF. 2010; 6(3):153-158
 5. Castiñeira Pérez MC, Costa Ribas C, Louro González A. Hombro doloroso. Disponible en www.fisterra.com (última revisión: 01/07/2011).
 6. Ruiz García A, Tejedor Varillas A. Hombro doloroso. Jano. 2011 (suplemento Diciembre): 7-13
 7. Recomendaciones para el uso de Técnicas de Imagen en el diagnóstico. Sistema Musculoesquelético y Nervioso. SAS. Consejería de Salud.
 8. Hombro. Pons Renedo MªJ. Del Curso de Formación DIM. Diagnóstico por la imagen en patología musculoesquelética. Disponible en: www.esteve.es/EsteveFront/Cursos.do?div=hu&op=DC&con..
 9. Pérez Andrés R, Vallés Arvonen A. ¿Cómo se lee la radiografía de hombro? FMC. 2010;17(8):528-530.
 10. Rotés Sala D. Infiltraciones del aparato locomotor. Técnicas de aplicación. Barcelona: Medical Dosplus, SL; 2011. Disponible en: <http://www.esteve.es/EsteveFront/Service.do?op=D&div=hu&con=18>
 11. Hazañas Ruiz S, Conde Melgar M, Enríquez Álvarez E, Jiménez-Peña Mellado D, Ruiz del Pino J. Hombro doloroso. Documento no publicado.
- Páginas web recomendadas:
- www.AMF-semFYC.com (artículos de AMF citados e incluye videos de exploración)
- www.artroimagen.com (banco de imágenes en patología osteoarticular)
- http://www.reumatologiahv.org/reumatologiahv_esp/index_secciones.htm (Unitat Reumatologia-H.Vall d'Hebron)
- <http://www.arcesw.com/radiografias.htm> (radiografías del aparato locomotor)

TALLER

Polifarmacia en personas mayores

Rodríguez Domínguez S¹, Cabrera Rodríguez JM², Mon Carol A³¹Médica de Familia UGC Pino Montano A (Sevilla)²Médico de Familia UGC Pino Montano A (Sevilla)³Médica de Familia y Directora de la UGC Pino Montano A (Sevilla)

El aumento de la esperanza de vida y la realización de actividades preventivas y terapéuticas exhaustivas, determinan el uso frecuente de fármacos en edades avanzadas. Alrededor de un 20% de los mayores de 70 años reciben 5 o más fármacos¹.

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

La polifarmacia supone un mayor riesgo de utilización de medicaciones inadecuadas y es un factor de riesgo independiente para la mortalidad en los mayores². La prescripción potencialmente inadecuada (PIP) supone entre un 14- 24 %³, alcanzando a más del 50% de los pacientes de 85 años y más⁴. Por el contrario, los mayores pueden verse privados por razones de edad de medicamentos útiles.

Alrededor de un 30% de los ingresos hospitalarios en personas de edad avanzada son por eventos adversos (EA) producidos por fármacos⁵; para disminuir estos EA y mejorar la cumplimentación se proponen una serie de medidas⁶: revisar la medicación (Nivel de evidencia C), identificar PIP usando las herramientas (C-B) y suspenderla, controlar a los pacientes que toman psicotrópicos y a aquellos con más de 4 medicamentos porque tienen elevado riesgo de caídas (B), considerar tratamientos no farmacológicos (C), calcular la función renal y ajustar la dosis (C), elegir medicamentos de dosis única en combinación y emplear ayudas cognitivas y educación sanitaria para mejorar la cumplimentación (C).

En la elaboración del tratamiento hay que tener en cuenta la opinión del paciente y su expectati-

va y calidad de vida⁷, así como sus condiciones clínicas y sociales.

En el taller analizaremos el uso de los instrumentos para valorar la adecuación de la medicación (Beer's⁸, IPET, MAI⁹, ACOVE-3, STOPP-START¹⁰), vigilancia en el uso de fármacos y EA, así como protocolos de desprescripción¹¹.

Bibliografía

1. Rollason V, Vogt N. Reduction of polypharmacy in the elderly: a systemic review of the role of the pharmacist. *Drugs Aging*. 2003; 20: 817-32.
2. Alarcón T, Bárcena A, González-Montalbo JL, Peñalosa C, Salgado A. Factors predictive of outcome on admission to an acute geriatric ward. *Age Ageing*. 1999; 28: 429-32.
3. Aparasu RR, Mort JR. Inappropriate prescribing for the elderly: Beers criteria-based review. *Ann Pharmacother*. 2000; 34: 338-46.
4. Mera F, Mestre D, Almeda J, Ferrer A, Formiga F y Rojas S. Paciente anciano y medicación crónica inapropiada en la comunidad ¿somos conscientes de ello? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011; 46(3): 125-130.
5. Onder G, Pedone C, Landi F, Cesari M, Della Vedova C, Bernabei R, Gambassi G: Adverse drug reactions as a cause of hospital admissions: results from the Italian Group of Pharmacoepidemiology in the Elderly (GIFA). *J Am Geriatr Soc*. 2002; 50: 1962.
6. Pham C., Dickman R. Minimizing Adverse Drug Events in Older Patients. *Am Fam Physician* 2007; 76: 1387-44.

7. Boyd C, Darer J, Boult C, et al. Clinical Practice Guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases JAMA. 2005; 294.
8. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2012 DOI: 10.1111/j.1532-5415.2012.03923.x.
9. Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A (Coord). Medication Appropriatenes Index, manual del usuario, versión española; 2010. Disponible en: www.polimedicado.com
10. Gallagher P, Ryan C, Byrne S et al. STOPP (Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment): Consensus Validation. J Clin Pharm Ther. 2008; 46(2); 72-83.
11. WWGnjidic D, Le Couteur DG, Kouladjian L, Hilmar SN. Deprescribing Trials: Methods to Reduce Polypharmacy and the Impact on Prescribing and Clinical Outcomes Clin Geriatr Med. 2012; 28; 237-253.

TALLER

Atención integral al adolescente en Atención PrimariaPérez Milena A^{1*}, Palenzuela Paniagua SM^{a2*}, Martínez Fernández M^{aL3*}¹Médico de Familia. CS El Valle (Jaén)²Médica de Familia. CS Otero (Ceuta)³Profesora de Educación Secundaria. IES Jabalcuz (Jaén)

*GdT SAMFyC del Adolescente

La Adolescencia es un grupo poblacional que requiere una atención especial por parte del médico de familia debido a sus características peculiares. La entrada a la adolescencia está marcada por un cambio físico (la pubertad), mientras que el final de este periodo lo determina un cambio psicosocial (asumir un rol de adulto). Los cambios que experimenta el adolescente suponen crecimiento y maduración, de forma global en todos los aspectos de la vida, y su finalidad es alcanzar su identidad, su integridad y la independencia psicológica y física. En la relación clínica con el adolescente no sólo se establece un trabajo técnico sino que abarca una atención comprehensiva, trascendiendo más allá del modelo profesional para adaptarse a los cambios que experimenta el menor. El médico debe constatar lo preparado que está el adolescente para su autocuidado y cambiar su forma de trabajo conforme a dicha evolución. Es por ello que el Programa de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria integra la adolescencia dentro de los grupos poblacionales con factores de riesgo, con un cuerpo de conocimientos y habilidades propio.

La salud del adolescente suele ser buena en general: aunque puede padecer cualquier enfermedad, hay una serie de patologías típicas de esta etapa ligadas al crecimiento físico y psíquico que experimentan y a determinadas conductas de riesgo habituales entre los menores. Pese a la baja frecuentación de este colectivo, los cambios corporales y psicosociales del adolescente lo hacen especialmente vulnerable. Esto provoca además numerosos conflictos familiares derivados del cambio de ciclo vital, lo que se traduce en síntomas que desconciertan al médico que atiende al adolescente y a su familia. Además, esta etapa de la vida precisa de la puesta en práctica de las actividades de prevención y promoción de la salud, teniendo

en cuenta que es el momento donde más eficiente es su realización. A todo lo anterior se suma el hecho de que el entorno del adolescente pasa de ser su familia a ser el instituto, lugar donde aprende unas materias formales y, al tiempo, conforma un currículo oculto que orienta sus habilidades sociales y sus comportamientos en salud.

Estas dificultades, que surgen de forma habitual en la consulta de Atención Primaria, mejoran cuando se da una respuesta integral a los distintos problemas que surgen en el adolescente y su entorno. El nuevo enfoque que implementa el clásico modelo biomédico consta de varios puntos que se desarrollarán en el taller para mejorar conocimientos y habilidades:

1. La Atención Familiar (como área de conocimiento específica),
2. El Estudio Integral de los Casos Clínicos y, por último
3. La Resolución de Problemas basada en la realización de Tareas, como técnica terapéutica específica,

Además de estos aspectos se presentan las evidencias disponibles sobre las actividades preventivas y de promoción de la salud, así como otras actividades de tipo comunitario y el papel del médico en los equipos multidisciplinares. También se integran dentro de la dinámica del taller la valoración de los aspectos bioéticos en la atención a los menores de edad y las características específicas de la comunicación con los adolescentes. Con estos conocimientos y habilidades se pretende dotar de herramientas que, siendo ejercidas de forma conjunta, permitan a los médicos de familia valorar y tratar más eficientemente los problemas que los adolescentes y su familia presentan en cada una de sus consultas.

TALLER

Actualización en métodos anticonceptivos

Trillo Fernández C^{1*}, Navarro Martín JA^{2*}

¹Médico de Familia. CS Puerta Blanca. Málaga

²Médico de Familia. CS Arroyo de la Miel. Benalmádena (Málaga)

*GdT SAMFyC Salud Reproductiva de la Mujer

En nuestro medio los médicos de familia somos los responsables de la anticoncepción de nuestros pacientes, con la excepción del bloqueo tubárico (ligadura o inserción del dispositivo intratubárico) y la vasectomía, por lo que debemos estar capacitados para ofertar a las parejas que lo desean los distintos métodos anticonceptivos no quirúrgicos.

Dentro de estos contamos con el dispositivo intrauterino (DIU), un excelente método contraceptivo que se encuentra infrautilizado, en parte porque no en todos los centros de salud se indica e inserta, aunque progresivamente son más los centros de salud en los que los médicos de familia se hacen cargo de este método. Actualmente 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.

Igual consideración podríamos hacer en relación con el implante subcutáneo, un método anticonceptivo seguro, con escasas contraindicaciones al carecer de estrógenos, fácil de insertar y muy bien tolerado cuando los efectos adversos son bien explicados a las pacientes. Existen muchos centros de salud con experiencia en la indicación, inserción y extracción del implante subcutáneo, aunque aun queda mucho camino por andar en el ámbito de la Atención Primaria.

Contamos con diversas presentaciones de anticonceptivos hormonales combinados y con solo gestágenos, algunos de ellos financiados, que debemos conocer bien para recomendarlos adecuadamente a nuestras pacientes.

Justificación y desarrollo del taller

En la elección de los distintos métodos anticonceptivos combinados 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. También debemos conocer la única presentación de anticonceptivo oral con solo gestágenos, utilizado fundamentalmente en la mujer lactante y en la que tiene contraindicación para tomar estrógenos.

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. Este 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).

- Exposición sobre la contracepción de urgencia.

- Distintas vías de administración: oral, anillo vaginal, parche cutáneo, inyectable, DIU, e implante subdérmico.

- Prácticas:

- Casos clínicos.
- Inserción y extracción del implante subdérmico.
- Inserción y extracción del DIU.

TALLER

Taller básico de ecografía en Atención Primaria

Trillo Fernández C^{1*}, Berchid Débdi M^{2*}, Guerrero García FJ^{3*}, Perestrello Salas R^{4*}, García Aparicio JM^{5*}

¹Médico de Familia. CS Puerta Blanca. Málaga

²Médico de Familia. CS de Villacarrillo. Jaén

³Médico de Familia. UGC Gran Capitán. Granada

⁴Médico de Familia. UGC DCCU Cádiz- San Fernando

⁵Médico de Familia. CS Río Nacimiento. Almería

*GdT SAMFyC de Ecografía

La ecografía es una técnica diagnóstica de gran utilidad en medicina. En los últimos años han ido aumentando el número de médicos de familia que utilizan esta técnica diagnóstica en su práctica habitual como medio diagnóstico complementario a los datos clínicos del paciente, lo que aumenta su capacidad de resolución tanto en los centros de salud como en los servicios de urgencias; por ello, posiblemente en un futuro próximo se generalice su uso en estos ámbitos.

Además de contar con los medios técnicos necesarios (ecógrafos y sondas adecuadas a cada exploración), es necesario diseñar un plan de formación específico en esta técnica diagnóstica.

Pretendemos hacer un taller que sirva como introducción para la formación en ecografía de los asistentes. Nuestro objetivo es enseñar al médico de familia el manejo del ecógrafo y la interpretación básica de las imágenes con él obtenidas tanto en el centro de salud como en los servicios de urgencias.

Hemos diseñado un taller para 20 alumnos que se realizará a lo largo de 4 horas, empezando con una exposición teórica básica, seguida de una parte interactiva a través de imágenes ecográficas y de prácticas entre los asistentes. Para ello pretendemos contar con 5 ecógrafos para practicar entre nosotros (4 alumnos y un docente por ecógrafo).

El taller se estructura de la siguiente forma:

1.- Manejo del ecógrafo: breve repaso de los principios físicos de la ecografía, tipos de ecógrafos,

tipos de sondas y aplicaciones de cada una de ellas, artefactos más comunes, aplicaciones y limitaciones.

2.- Patrones y medidas normales en ecografía abdominal y pélvica: Se realizará un repaso detallado de los hallazgos obtenidos en la ecografía abdominal y pélvica con triple proyección: presentación en PowerPoint, videograbación de los cortes ecográficos y ecografía en tiempo real con visualización de lo que se está exponiendo.

3.- Ecografía y dispositivo intrauterino (DIU): Una de las indicaciones de la ecografía es la valoración de la mujer antes y después de la inserción del DIU. Cuando disponemos de ella, podemos realizar una ecografía antes de la inserción del DIU para descartar contraindicaciones (como por ejemplo la presencia de un mioma que distorsione la cavidad uterina) y para visualizar la posición del útero (anteversión, retroversión y lateralización). Para los controles tras la inserción, en la mayoría de las ocasiones es suficiente con la realización de una ecografía pélvica por vía abdominal para la visualización del DIU. Normalmente realizamos dos cortes, uno longitudinal en el que apreciamos el DIU a lo largo de la cavidad uterina (pudiendo valorar la distancia desde el fondo uterino al extremo distal del DIU) y otro transversal en el que lo apreciamos como un punto hiperecogénico centrado en la cavidad.

4.- Ecografía en urgencias: El protocolo FAST (Focussed Assessment with Sonography in Trauma) constituye una exploración básica dentro del ámbito de la ecografía de urgencias. Su objetivo es detectar líquido libre intraperitoneal

y pericárdico en el contexto de un paciente politraumatizado. Generalmente en este protocolo también se incluye la valoración de derrame pleural y otros signos de lesiones torácicas, en lo que se denomina protocolo FAST extendido (EFAST). La ecografía es incruenta, rápida y se puede repetir el número de veces que se considere necesario.

Existen una serie de problemas potencialmente graves en los que es posible encontrar líquido libre intraperitoneal:

- Traumatismo abdominal (rotura esplénica, rotura hepática).
- Rotura de aneurisma de arteria abdominal.
- Pancreatitis.

- Insuficiencia cardíaca.
- Peritonitis bacteriana secundaria: perforación de víscera hueca (apéndice, úlcera péptica), procesos infecciosos o inflamatorios ginecológicos.
- Hepatopatía crónica y cirrosis.
- Procesos tumorales malignos.

5.- Exposición de distintas imágenes ecográficas normales y patológicas: se expondrán distintas imágenes ecográficas que los asistentes deben resolver dentro de un contexto clínico.

6.- Prácticas con ecógrafos entre los asistentes: se harán grupos de 4 alumnos y un monitor por ecógrafo realizando prácticas entre todos.

SEMINARIO

Riesgo Cardiovascular

Martín Rioboó E¹, Guija Villa E²

¹Médico de Familia. UGC Fuensanta. Córdoba

²Médico de Familia. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María (Cádiz)

RIESGO VASCULAR. CONSIDERACIONES ESPECIALES. PAI DE RIESGO VASCULAR 2010.

Cálculo del riesgo vascular

La tabla de Riesgo Vascular recomendada es la tabla SCORE, para países de bajo riesgo cardiovascular.

1. El Riesgo Vascular no debe calcularse en las siguientes circunstancias:

- Prevención secundaria: no es necesario hacerlo por considerarse ya como de RV alto.
- Dislipemias familiares aterogénicas.
- Diabetes de + 15 años de evolución o que presenten micro o macroalbuminuria.
- HTA grado 3 o con afectación de órganos diana.

2. En las personas con valores extremos de cualquiera de los FRV modificables, el riesgo real es también mayor que el calculado en las tablas. En la práctica, se recomiendan las siguientes medidas correctoras: multiplicar el RV calculado por 1,5 si el colesterol total es > 300 mg/dl o si el consumo de tabaco es muy alto (más de 40 cigarrillos/día). Si existen antecedentes familiares en primer grado (padres y hermanos) de enfermedad coronaria o de muerte súbita de origen coronario de forma precoz (antes de los 55 años en varones, o antes de los 65 años en mujeres), se recomienda multiplicar el riesgo calculado por 1,5. Respecto a la diabetes, la tabla SCORE no contempla la diabetes como FRCV. Se puede obtener una aproximación al riesgo real multiplicando el RV obtenido por dos en los hombres y por cuatro en las mujeres.

CRIBADO DE FACTORES DE RIESGO VASCULAR

Diabetes mellitus: (ADA 2009-12)

Se debería llevar a cabo a todos los adultos con sobrepeso (BMI >25 kg/m²) y con uno o más factores de riesgo:

- Sedentarismo.
- Familiar de 1º grado con DM.
- Alto riesgo por raza/etnia .
- Mujeres con hijos al nacer > 4 Kg, o con Diabetes Gestacional.
- HTA.
- COL-HDL < 35 mg y/o Triglicéridos > 250 mg.
- Mujeres con SOP u otras condiciones clínicas asociadas a insulinoresistencia (por ejemplo obesidad grave, acantosis nígricans).
- HA1C> 5.7%, Intolerancia a la glucosa o Glucosa Basal Alterada.
- Historia de ECV.

En ausencia de los F. de Riesgo señalados el test se debería realizar a partir de los 45 años.

Periodicidad de cribado: La prueba se debería repetir al menos cada tres años, considerando realizarlo anualmente si existe riesgo, por ejemplo, en los estados de prediabetes.

Hipertensión arterial

Al menos una vez hasta los 14 años, cada cinco años entre los 14 y 40 años, y cada dos años por encima de los 40. En caso de cifras de 130-139 / 85-89 mmHg, se hará al menos una vez al año. En caso de cifras >140/90 mmHg, se procederá a la confirmación de HTA.

Dislipemia

En ausencia de otros FRV mayores, se determinará y registrará en la historia clínica sólo el colesterol total en suero.

- Si se ha identificado algún otro FRV mayor, se realizará un perfil lipídico completo, que incluya:

- Colesterol total.
- HDL.
- Triglicéridos.
- LDL.

Periodicidad del cribado: Al menos una vez antes de los 35 años en varones o de los 45 años en mujeres, y cada cinco años hasta los 75 años. A partir de esta edad se hará al menos una vez si no se había realizado antes.

Tabaco

Óptimo: en cada visita de forma oportunista.

Periodicidad mínima: cada 2 años.

Edad de comienzo del cribado: mayores de 10 años.

Edad de finalización del cribado: 25 años, si existe constancia de que nunca han fumado.

FÁRMACOS RECOMENDADOS PARA LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

Independientemente de su uso para el control de determinados factores de riesgo:

- Antiagregantes: ácido acetilsalicílico, excepto en caso de contraindicación. Ver tabla inferior.
- Estatinas: colesterol LDL como objetivo o más allá del descenso de colesterol (efectos pleiotrópicos).
- Betabloqueantes: en la angina estable, después de un IAM o en la insuficiencia cardiaca por disfunción sistólica.
- IECA (o ARA-II): disfunción ventricular izquierda después de un IAM, insuficiencia cardiaca crónica, cardiopatía isquémica de riesgo elevado o nefroprotección.

Un resumen de las recomendaciones puede obtenerse en el documento PAPPS 2012 (en prensa)³ cuyo resumen se puede objetivar en la tabla 1.

TABLA 1

Antiagregación	Grado recomendación
No se recomienda el uso de aspirina de forma sistemática en prevención primaria de la enfermedad cardiovascular, en diabéticos o en pacientes asintomáticos con un índice tobillo – brazo < 0,95. De forma individualizada y valorando la preferencia del paciente se podría valorar su utilización si el riesgo SCORE $\geq$ 10%	C
El tratamiento con aspirina a dosis bajas se debe utilizar en todos los pacientes con ECV establecida (enfermedad coronaria, ictus o AIT o enfermedad arterial periférica sintomática) de forma indefinida	A
El tratamiento con clopidogrel está indicado en casos de alergia o intolerancia a las aspirina	B
La doble antiagregación (aspirina y clopidogrel) se debe utilizar en el síndrome coronario agudo y/o revascularización coronaria e implantación de <i>stent</i> durante el primer año	A
La doble antiagregación no está indicada en los pacientes con enfermedad cardiovascular crónica y estable, ya sea coronaria o de otra localización	D
En el caso de infarto agudo de miocardio con ascenso de ST sin implantación de <i>stent</i> o con <i>stent</i> convencional (<i>bare metal stent</i>) el tiempo de doble antiagregación es de 4 a 6 semanas	A
La doble antiagregación con los nuevos inhibidores del P2Y12 (ticagrelor o prasugrel) y aspirina puede utilizarse en el síndrome coronario agudo con/sin revascularización coronaria, durante el primer año, a menos que exista riesgo elevado de sangrado.	B

Modificado de:

¹Lobos JM et al. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación Española del CEIPC 2008.

²Maiques A et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares PAPPs del 2009.

³Brotons-Cuixart C, Lobos Bejarano JM, Martín-Rioboó E, Maiques-Galán A. Recomendaciones de antiagregación PAPPs 2012 Atención Primaria (en prensa).



Comunicaciones orales
Comunicaciones tipo póster
Proyectos de investigación

COMUNICACIÓN ORAL

Índice de Barthel y Atención Primaria

Jimenez Cuadra E

Médico familia. CS de Antequera (Málaga)

Título: Índice de Barthel y Atención Primaria.

Objetivo: observar la importancia del índice de Barthel como medida de la dependencia de la persona enferma en Atención Primaria.

Diseño: estudio cualitativo, analítico y observacional.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: una muestra de estudio de 30 personas entre 30 y 90 años, con los criterios de inclusión que poseen cierto grado de dependencia.

Intervenciones: métodos cualitativos usados: el test del índice de Barthel, para medir la dependencia de las personas enfermas, formado por 10 ítems que se valoran con diferente puntuación, los 10 ítems corresponden a los siguientes apartados: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, usar retrete entre otros. Máxima puntuación: 100 puntos. Resultados: <20 dependiente total. 0-20: dependiente total. 20-60: dependiente severo. 60-90: dependiente moderado. 90-99: dependiente leve. 100: indepen-

diente. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas, El cálculo se realiza por el cálculo informatizado de dependencia del Diraya.

Resultados: en la muestra de pacientes encuestados, el 8% eran hombres y el 73% eran mujeres. Respondieron todos, y si no el cuidador.

En los hombres: el 63% eran dependientes totales, el 25% eran dependientes moderados y el 11% eran dependientes severos.

En las mujeres: el 61% eran dependientes severos, el 22% eran dependientes totales, el 9% dependiente leve y el 95 dependiente moderado.

Conclusiones: el índice de Barthel es un método muy fiable, en el programa de atención de inmovilizados, de Medicina General para reflejar el grado de dependencia de un inmovilizado, viéndose la aplicación de importancia, la prevención ya que al conocer el grado de dependencia, podemos actuar preventivamente.

Palabras Clave: inmovilidad (Immobility), medicina (medicine), paciente (patient).

COMUNICACIÓN ORAL

Cuidados paliativos y Atención Primaria

Jimenez Cuadra E

Médico familia. CS de Antequera (Málaga)

Título: Cuidados paliativos y Atención Primaria.

Objetivo: conocer qué enfermedades más frecuentes constituyen la etiología para que los enfermos sean tratados en cuidados paliativos.

Conocer la prevalencia de enfermos paliativos en Medicina de Familia en una consulta.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: unidad de gestión clínica.

Población y muestra: 43 personas, hombres y mujeres de 20 a 90 años, con los criterios de inclusión que pertenezcan al programa de paliativos, observados durante el año 2011.

Intervenciones:

Metodología: Se analizaron los datos estadísticamente mediante el programa de análisis estadísticos: G-Stat 2.0.W

Variables independientes:

1) enfermedad etiológica de cuidados paliativos.

2) sexo dicotomizado: (hombre/mujer).

Variable dependiente: los cuidados paliativos.

Se refleja el análisis marginal descriptivo de cada variable independiente con la dependiente, por lo que el análisis es bidimensional descriptivo. Se calculan las frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: se observó que en la muestra de 43 sujetos, el porcentaje del 1% de pacientes eran hombres y el 49% eran mujeres.

Conclusiones: se observó en los procesos de cuidados paliativos en Atención Primaria un número mayor de hombres.

La causa etiológica o enfermedad más frecuente, que dieron lugar al cuidado en el programa de paliativos, es éste estudio fueron de mayor a menor, las siguientes enfermedades:

· En hombres: neo próstata, adenocarcinoma de colon, adenocarcinoma antro pilórico, cáncer pulmón, infarto, epoc, ulcus, diabetes.

· En mujeres: cáncer mama, cáncer de ovario, leucemia mieloide, cardiopatía isquémica, epilepsia vascular.

Palabras Clave: enfermedad (disease), cuidados paliativos (taken care palliative), medicina (medicine)

COMUNICACIÓN ORAL

Adecuación de la prescripción de estatinas en pacientes de un centro de salud

Castro Martínez F, Montesinos Guerrero M, González Fábrega A, Caurcel Gómez R, Ramírez Robles R, Orgaz Rosúa M

MFyC. CS Almanjáyar. Granada

Título: Adecuación de la prescripción de *estatinas* en pacientes de un centro de salud.

Objetivo: evaluar, según el Proceso Asistencial Integrado de Riesgo Cardiovascular (2011), la correcta indicación de prescripción de estatinas.

Conocer el perfil clínico, SCORE, riesgo cardiovascular y tipo de estatinas prescritas.

Diseño: observacional descriptivo.

Emplazamiento: centro de salud (CS). Atención Primaria.

Población y muestra:

Población: pacientes del CS en tratamiento con estatinas durante el estudio (2011).

Metodología: Consulta de historia clínica electrónica de una muestra escogida aleatoriamente del registro de pacientes en tratamiento con estatinas.

Variables: NUSHA, Edad, Sexo, Tabaquismo, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Colesterol Total, LDL, HDL, Triglicéridos, Dislipemia familiar, Cardiopatía Isquémica, Enfermedad Cerebrovascular, Arteriopatía Periférica, SCORE, RCV, grupo de prevención, tipo de estatina, otros hipolipemiantes, dosificación, adecuación de prescripción.

Intervenciones: no se realiza.

Resultados: edad media de pacientes 58,7 años, 33 pacientes (18,3%) mayores de 65 años. 98

hombres (54,4%); 61 fumadores(33,9%); 107 hipertensos (59,4%); 76 diabéticos (42,2%), Lipemia media: CT 241, LDL 146, HDL 54 y TG 272. 45 pacientes cardiopatía isquémica (25%); 22 ACV isquémico (12,2%) y 12 arteriopatía periférica (6,7%). Según SCORE, 109 RCV alto(60,9%). 3 en prevención primaria situación óptima (1,7%), 67 en prevención primaria RCV bajo (37,4%), 37 en prevención primaria RCV alto (20,7%)y 72 en prevención secundaria (40,2%). 116 pacientes tomaban simvastatina (64,8%); 49 atorvastatina (27,4%) y 9 rosuvastatina (5%); 134 pacientes a dosis estándar(74,9%). 3 pacientes usaron otro hipolipemiente (1,7%). En 124 casos con adecuada prescripción de estatinas (70,9%).

Conclusiones: prescripción mayoritariamente en pacientes en prevención primaria (60%). El proceso excluye a pacientes mayores de 65 años que no han sufrido ningún evento cardiovascular. Se sobreestima la correcta prescripción. No se consideran pacientes mayores de 65 años tratados con estatinas que no sufrieron ningún evento cardiovascular. La cardiopatía isquémica es la causa más frecuente que motiva la prescripción como prevención secundaria.

El factor de riesgo cardiovascular más frecuente en estos pacientes es la hipertensión arterial, seguida por la diabetes y el tabaquismo. Simvastatina es la más ampliamente prescrita en dosis estándar, pudiendo mejorar su adecuación.

Palabras Clave: estatinas (Statine), terapéuticos (Therapeutics), indicación (Indication).

COMUNICACIÓN ORAL

Estudio de prevalencia sobre diversos factores de riesgo del cáncer colorrectal

Békar Prado L¹, Moreno González J², Bárcena Atalaya A³, Campa Valera F³

¹Médico de Familia. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Sevilla

²Médico de Familia. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Sevilla / Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

³Médico de Familia. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Título: Estudio de prevalencia sobre diversos factores de riesgo del cáncer colorrectal.

Objetivo: determinar la prevalencia de distintos factores de riesgo conductuales de cáncer de colorrectal.

Diseño: estudio de prevalencia.

Emplazamiento: centro de salud.

Población y muestra:

Muestra representativa de usuarios de centros de Atención Primaria; provincia de Sevilla.

Criterios de inclusión:

- Ambos sexos.
- Mayores de edad.
- Sin antecedentes de padecimiento de cáncer ni lesiones precursoras.

Intervenciones:

Diseño del protocolo del estudio.
Reclutamiento de participantes.
Control de calidad de la información.
Codificación de variables.
Programación de reuniones del equipo de investigadores.
Análisis estadístico de los resultados.

Resultados: participan 487 personas, edades entre 18,3 y 95,5 años; 36,55% varones, edad media 43,9 años (DS = 15,47); 63,45% mujeres, edad media 42,7 años (DS = 16,15).

El 17,42% de los varones y el 16,83% de las mujeres se han sometido a alguna prueba de diagnóstico precoz de cáncer colorrectal ($P = 0,899$).

Padecen diabetes el 5,62% de varones y el 9,71% de mujeres ($P < 0,000$).

En varones, presentan sobrepeso el 47,75% y obesidad el 24,16%. En mujeres, presentan sobrepeso el 25,24% y obesidad el 29,13% ($P < 0,001$).

El 27,53% de varones fuman actualmente por el 17,80% de mujeres ($P < 0,001$).

El 79,78% de varones consumen alcohol de forma habitual en contraste con el 44,01% de mujeres ($P < 0,001$).

El 50,56% de varones realizan suficiente ejercicio físico por el 43,04% de mujeres ($P = 0,109$).

El 89,33% de varones no consumen suficientes frutas y verduras por el 83,50% de mujeres ($P = 0,077$).

El 62,36% de los varones consumen un exceso de carne roja en comparación con el 58,25% de mujeres ($P = 0,373$).

Conclusiones: considerando los factores consumo de alcohol, de tabaco, de frutas/verduras, de carnes rojas y actividad física sólo el 2,81% de los varones y el 5,18% de las mujeres no presentan ningún factor de riesgo. Parece justificado el diseño, la optimización y la implementación de programas de prevención y promoción y educación para la salud de forma urgente.

Palabras Clave: cáncer colorrectal, prevalencia, estilo de vida.

COMUNICACIÓN ORAL

Valoración del cumplimiento y la técnica de la terapia inhalatoria en pacientes EPOC de Atención Primaria y su relación con la calidad de vida

Calderón Guadalupe J¹, Belahj H¹, López González J², Pedregal González M³

¹Médico de Familia. CS Isla Chica. Huelva

²Médico residente de Familia. CS Cartaya. Huelva

³Médico de Familia. Técnico Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria. Huelva

Título: Valoración del cumplimiento y la técnica de la terapia inhalatoria en pacientes EPOC de Atención Primaria y su relación con la calidad de vida.

Objetivo:

Valorar el cumplimiento terapéutico en pacientes EPOC estables de AP.

Determinar la calidad de vida en estos pacientes.

Determinar el uso correcto de la terapia inhalatoria.

Determinar relación entre:

-Cumplimiento y Calidad de vida

-Técnica inhalatoria y Calidad de vida.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: urbano.

Población y muestra:

Población: pacientes EPOC estables y registrados en Diraya. Criterios inclusión: de 45 a 75 años. Excluimos pacientes con demencia y/o terminales.

Muestra: se tomó prevalencia 9,1%; nivel de confianza 95%; precisión 5%; resultando 45 pacientes. Selección aleatoria.

Intervenciones:

Análisis: SPSS V17. Media y desviación típica para variables cuantitativas y porcentajes para cualitativas. Se utilizó anova de contrastes polinómicos y jonckheere-terpstra cuando no se cumplan las condiciones de aplicación.

Finalmente análisis de Regresión Lineal Multivariante.

Variables: Morinski-green, polimedicación, ST'GEORGE QR, tratamiento EPOC, realización técnica inhalatoria, fumador, N° agudizaciones.

Resultados:

Hombres 80% Polimedicados 55,6%

Agudizaciones 0=24,4% 1=40,0% >1=35,6%

Fumador 42,2% .

Tratamiento Tiotropio=41%

Cumplimiento Alto=37,8% Medio=53,3% Bajo=8,9%

Calidad vida Afectación mínima=55,6%

Afectación moderada=40,0%

Máxima alteración=4,4%

Relación cumplimiento-calidad vida: $p<0,001$ (significación estadística).

Relación técnica inhaladores-calidad de vida.

Presurizados: estadísticamente significativo ($p<0,05$)

Polvo seco: significación estadística. ($p<0,05$)

Conclusiones: el cumplimiento terapéutico es elevado a pesar de que los pacientes polimedicados son más del 50%.

Buena calidad de vida observándose que la mayoría tiene mínima alteración, a pesar de ser esta una enfermedad crónica limitante y observarse número de fumadores 42%.

La técnica de inhaladores polvo seco se aplica con menos dificultad que los presurizados.

Existe tendencia al empeoramiento de la calidad de vida al empeorar el cumplimiento terapéutico. A peor utilización de los inhaladores peor calidad de vida.

Edad, polimedicación, cumplimiento y n° agudizaciones explican 74% de los factores que influyen en la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras Clave: Pulmonary Disease Chronic Obstructive, Quality of Life, Medication Adherence.

COMUNICACIÓN ORAL

Evaluación de los cursos realizados por los residentes de medicina de familia

Valverde Bolívar F, Moreno Corredor A

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

Título: Evaluación de los cursos realizados por los residentes de medicina de familia.

Objetivo: conocer las valoraciones que los residentes de medicina de familia tienen de los cursos impartidos en la Unidad Docente.

Diseño: observacional descriptivo.

Emplazamiento: Unidad Docente Provincial de Medicina de Familia.

Población y muestra: médicos residentes durante los años 2009-2011 que contestaron a las encuestas de satisfacción de cada curso.

Intervenciones: encuestas autoadministradas sobre la evaluación de 6 cursos impartidos en la unidad docente. Se preguntó sobre expectativas cumplidas, utilidad, organización, metodología, contenidos y documentación (puntuación 0-5), horas impartidas (suficiente, insuficiente, excesivas) y valoración global (0-10). Se realizó análisis descriptivo (medias y desviación típica, frecuencias) y bivalente (t-student, Anova y X^2) de los datos.

Preguntas abiertas sobre aspectos positivos, mejorables y sugerencias.

Resultados: 203 encuestas, 65% de primer año, 20% segundo, 5% tercero y 10% cuarto.

Un 77% mujeres.

La puntuación media global fue de 7,6 (dt1, 31), destacando el genograma 7,9 (dt0, 9) y análisis de datos 7,7 (dt0,73). Expectativas 3,7 (dt0, 7), destacando razonamiento clínico 4 (dt0,4). Utilidad 4,09 (dt0, 73) destacando genograma 4,4 (dt0, 6). Organización 3,6 (dt0, 7), destacando el Seminario de Medicina Familiar 3,9 (dt0, 6). Metodología 3,7 (dt0, 65), destacando razonamiento clínico 4 (dt0, 5). Contenidos 3,8 (dt0, 65), destacando razonamiento clínico 4,3 (dt0, 5). Documentación aportada 3,6 (dt0, 73), destacando genograma 4 (dt0, 7). El número de horas fue insuficiente para el 13%, suficiente para el 77% y excesivo para el 10%.

Sobre sugerencias, aspectos positivos y aspectos mejorables contestaron el 30%, la mayoría refiriendo aspectos del aula (lejanía, escasas dimensiones) y de forma aislada la falta de material como ordenadores.

Conclusiones: los residentes realizan una buena valoración de los cursos realizados, destacando la utilidad y contenidos de los mismos.

Palabras Clave: Medicina Familiar y Comunitaria/educación (Family Practice/education), internado y residencia (Internship and Residency), cursos (courses).

COMUNICACIÓN ORAL

Valoración de las rotaciones realizadas por los médicos residentes de medicina de familia de una provincializado en residencias geriátricas

Valverde Bolívar F, Moreno Corredor A

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

Título: Valoración de las rotaciones realizadas por los médicos residentes de medicina de familia de una provincia.

Objetivo: conocer las valoraciones que los residentes de medicina familiar y Comunitaria (MFyC) tienen de las rotaciones realizadas durante su especialidad en los centros y hospitales de la Provincia.

Diseño: observacional descriptivo.

Emplazamiento: Unidad Docente Provincial de MFyC (13 centros de salud, 5 hospitales).

Población y muestra: médicos residentes pertenecientes a una Unidad Docente Provincial, que durante los años 2007-2011 evaluaron sus rotaciones.

Intervenciones: se analizaron de 1 (poco) a 5 (mucho) diferentes variables, entre otras: utilidad de las habilidades adquiridas, desarrollo de habilidades prácticas, grado de participación en actividades clínicas, grado de apoyo recibido, capacidad docente del área.

Se realizó análisis descriptivo (medias y desviación típica, frecuencias) y bivalente (t-student, Anova y X^2) de los datos.

Resultados: se obtuvieron 1633 encuestas. La valoración global fue de 3,99 (dt0, 77), más alta para

MFyC 4,47(dt0, 51; $p<0,05$), y menor puntuación Neurología 3,38 (dt0, 84).

La puntuación por apartados fue de 3,93 (dt0, 9) para la utilidad de las habilidades adquiridas, destacando MFyC y pediatría del centro de salud con 4,3 (dt0, 7) y con menor puntuación nefrología 3,2 (dt1). El desarrollo de habilidades prácticas 3,87 (dt0, 87), destacando MFyC y rural con 4,29 (dt0, 66) y con menor puntuación nefrología 3,2 (dt1, 01). El grado de participación en las actividades 4,12 (dt0, 97), destacando medicina rural 4,65(dt0, 62; $p<0,05$) y con menor puntuación Neurología 3,5(dt1, 2). Apoyo recibido 3,4 (dt3, 4; $p<0,05$), destacando MF 4,5 (dt0, 8; $p<0,05$) y con menor puntuación neurología con 2,7 (dt1, 3). La capacidad del servicio 4,03 (dt0, 96), destacando endocrinología 4,4 (dt0, 82; $p<0,05$) y con menor puntuación oftalmología 3,5 (dt1, 1).

Conclusiones: las rotaciones son valoradas positivamente en su mayoría, siendo medicina familiar la mejor puntuada y Neurología la peor puntuada. Lo más valorado es el grado de participación en actividades y en algunos servicios se reclama un mayor apoyo al residente.

Palabras Clave: Medicina Familiar y Comunitaria/educación (Family Practice/education), internado y residencia (Internship and Residency), satisfacción (satisfaction).

COMUNICACIÓN ORAL

Acontecimientos vitales estresantes en pacientes con conducta suicida

Fernández-Fígares Montes C¹, Infantes Ramos R², Valero Roldán J³, Paz Galiana J², Martínez Chamarro A⁴, Villalba Beltrán G⁴

¹Médico Residente de medicina de familia. CS Victoria. Málaga

²Médico Residente de medicina de familia. CS El Palo. Málaga

³Médico de Familia. Pabellón C Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

⁴Médico Residente de medicina Familia. CS Palma-Palmilla. Málaga

Título: Acontecimientos vitales estresantes en pacientes con conducta suicida.

Objetivo: evaluar qué acontecimientos actúan como precipitantes de modo más influyente en pacientes con conducta suicida.

Diseño: estudio observacional transversal descriptivo.

Emplazamiento: complejo Hospitalario Carlos Haya. Pabellón C.

Población y muestra: 118 pacientes asistidos en urgencias del Hospital Carlos Haya, pabellón C, durante el 2011 por conducta suicida, elegidos de forma aleatoria simple. Este tamaño muestral nos permitió estudiar el objetivo principal de la investigación con una precisión de 0.09 con un nivel de confianza del 95%.

Intervenciones se evaluó la relación entre los factores precipitantes de la conducta suicida y la finalidad del acto suicida mediante programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados: se obtuvieron un total de 113 registros válidos. En cuanto al factor precipitante asociado, el 49,5% refirió causa sentimental, el 24,7% problemática económico-social y tan sólo el 5,3% lo hizo con temas de salud.

Entre los pacientes que actuaron por motivo sentimental, el 23,8% actuó de forma impulsiva frente al 15,9% que planificó el suceso con intencionalidad autolítica. En los pacientes con problemática socio-económica sucedió de forma contraria, el 6,1% actuó de forma impulsiva frente al 15% que programó el suceso.

Conclusiones: podemos esclarecer que el desencadenante sentimental es el que con mayor frecuencia lleva a una persona a desear poner fin a su vida. No obstante podemos apreciar un incremento de los casos asociados a problemas económicos-laborales con respecto a estudios anteriores que pueden estar relacionados con la situación económica actual.

Palabras Clave: suicidal behavior.

COMUNICACIÓN ORAL

Estudio comparativo del seguimiento en Atención Primaria y especializada de largas supervivientes de cáncer de mama

Baena Cañada J, Ramírez Daffós P, Expósito Álvarez I, Rosado Varela P, Estalella Mendoza S, Benítez Rodríguez E

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Título: Estudio comparativo del seguimiento en Atención Primaria y especializada de largas supervivientes de cáncer de mama.

Objetivo: describir la evolución de largas supervivientes de cáncer de mama según el tipo de atención recibida (seguimiento en primaria o especializada) midiendo su impacto en resultados de salud, coste, calidad de vida y satisfacción.

Diseño: estudio de cohortes retrospectivo, mediante encuesta personal.

Emplazamiento: Servicio de Oncología Médica de un hospital universitario.

Población y muestra: pacientes operadas de carcinoma de mama (estadios 0-III), supervivientes, seguidas en Oncología y libres de enfermedad al menos durante 60 meses. Se analizaron dos grupos: derivadas a primaria tras cinco años; seguidas en Oncología más de cinco años.

Intervenciones: se recogió información sobre tipo de seguimiento y eventos acaecidos, encuesta de calidad de vida y satisfacción y coste del seguimiento.

Resultados: la mediana de seguimiento de 60 mujeres seguidas en primaria y de 38 en especiali-

zada fue 128 meses (69-368). No hubo diferencias en el diagnóstico de metástasis, nuevos tumores primarios, menopausia, gestación, osteoporosis, obesidad, toxicidad tardía y enfermedades asociadas. En primaria hubo 0,98 (DE 0,48) visitas anuales y en especializada 1,11 (DE 0,38) ($p=0,19$). En primaria, 44,6% programadas y 55,4% a demanda; en especializada, 94,6% programadas y 5,4% a demanda ($p=0,0001$). Hubo 7 re-derivaciones a especializada (11,7%) desde primaria y 6 (15,8%) desde especializada ($p=0,55$). Los costes en primaria fueron menores que en especializada (107,67€ vs 182,02€ por paciente y año, $p=0,0001$). No hubo diferencias en calidad de vida. El 80% expresaron su preferencia por especializada, el 10% por primaria y el 10% fue indiferente. Las mujeres mostraron mayor satisfacción con especializada.

Conclusiones: especializada visita mayoritariamente de forma programada y primaria a demanda. Atención primaria es más eficiente que especializada, pero las mujeres expresan mayor satisfacción y prefieren el seguimiento en especializada.

Palabras Clave: Cáncer de mama (Breast cancer), supervivientes de cáncer (cancer survivors), Atención Primaria (primary care), atención especializada (specialist care), seguimiento (surveillance).

COMUNICACIÓN ORAL

La redundancia terapéutica como elemento potencial de riesgo en la seguridad del paciente. Intervención mediante SELF AUDIT en pacientes polimedicados

Paniagua Urbano D¹, Gutiérrez Sequera J², Cosano Santiago J³, Poyato Luque I⁴, Segura Saintgerons R¹, Paniagua Urbano J⁵

¹Médico de Familia. CS La Carlota. Distrito Sanitario Guadalquivir. La Carlota (Córdoba)

²Enfermero de Familia. CS Bujalance. Distrito Sanitario Guadalquivir. Bujalance (Córdoba)

³Médico de Familia. CS Villaviciosa. Distrito Sanitario Guadalquivir. Villaviciosa (Córdoba)

⁴Enfermera de Familia. CS El Carpio. Distrito Sanitario Guadalquivir. Córdoba

⁵Enfermero de Familia. CS La Carlota. Distrito Sanitario Guadalquivir. La Carlota (Córdoba)

Título: La redundancia terapéutica como elemento potencial de riesgo en la seguridad del paciente. Intervención mediante *SELF AUDIT* en pacientes polimedicados.

Objetivo:

-Describir la prevalencia de redundancias terapéuticas en polimedicados de cupos médicos de un distrito de Atención Primaria.

-Evaluar la adherencia de médicos a estrategia de revisión de redundancias en polimedicados.

-Analizar efectividad de intervención para reducir redundancias en polimedicados.

-Identificar factores que determinan valor final de prevalencia de redundancias en polimedicados.

Diseño: estudio observacional, descriptivo, transversal con componente analítico.

Emplazamiento: Distrito Sanitario Atención Primaria Rural.

Población y muestra: 80 médicos de familia.

Intervenciones: autoauditoría, donde nuestros médicos tras asignarles listados de fármacos de pacientes de sus cupos donde se habían detectado "posibles redundancias terapéuticas" con aplicación informática, tuvieron la posibilidad de revisarlos y retirarlos en el caso de que se confirmara positivamente el caso.

Resultados:

-La prevalencia media de redundancias en polimedicados previa a la puesta en marcha de la estrategia es del 15,5%. No hay diferencias significativas entre las variables comparadas.

-La media de adherencia a la estrategia de los médicos estudiados es 187,38%. No hay diferencias significativas entre variables comparadas.

-La estrategia ha sido efectiva, cuantificándose la reducción de prevalencia en 10,63 (9,18-12,82) puntos.

- El 49% de variabilidad en prevalencia de redundancias se puede estimar con un modelo de regresión lineal múltiple ($R^2=0.496$ $p<0.001$) según determinadas variables.

Conclusiones:

- En nuestro distrito, la prevalencia media de redundancias en polimedicados antes de la puesta en marcha de la estrategia es notable.

- La adherencia de nuestros médicos a la estrategia planteada es muy alta.

- La estrategia de revisiones ha sido muy efectiva.

- Hemos encontrado un modelo que puede estimar el 49% de la variabilidad en prevalencia de redundancias por cupo según determinadas variables.

Palabras Clave: drug safety (seguridad del paciente), therapeutic duplication (redundancia terapéutica), adverse drug events (efectos adversos), polypharmacy (polimedicados), primary care (Atención Primaria).

COMUNICACIÓN ORAL

Conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios sobre los documentos de voluntades anticipadas

Valverde Bolívar F¹, Jiménez Rodríguez J², Huertas Hernández F³, Reyes Fernández N⁴, Gómez Calero A⁵, Fajardo Contreras M⁶

¹Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar de Jaén

²Médico de Familia. Distrito Guadalquivir. Córdoba

³Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica La Atalaya-Conil

⁴Distrito Granada Nordeste

⁵Médico de Familia

⁶Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Rute. Córdoba

Título: Conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios sobre los documentos de voluntades anticipadas.

Objetivo: determinar los conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el documento de voluntades anticipadas (VA) en cuatro provincias de Andalucía.

Diseño: observacional descriptivo multicéntrico.

Emplazamiento: 8 zonas básicas.

Población y muestra: la población diana la componían todos los médicos, enfermeros y trabajadores sociales de las ocho zonas básicas (n=300). El criterio de inclusión fue encontrarse en activo durante el periodo de recogida de datos.

Intervenciones: cuestionario validado autoadministrado sobre conocimientos y actitudes de VA. Se realizó análisis descriptivo (medias y desviación típica, frecuencias) y bivalente (X²) de los datos.

Resultados: contestaron 218 (72%), edad media 45 años (dt9), 51% mujeres. Médicos 54%, enfermeros 44%, trabajadores sociales 2%.

La puntuación media (de 0-10) de sus conocimientos fue de 5,31(dt2, 46) sin diferencias entre provincias ni profesiones.

El 73% cree que las VA están reguladas en Andalucía (diferencias por provincias, p=0.004). Y ha leído dicho documento un 31% (100% trabajadores sociales, 30% médicos y enfermeros; p=0.002).

En una escala de 0-10, se obtuvo una media de 8,25 (dt2, 23) preguntando si creen necesario que los pacientes realicen declaración de VA. De 8,31 (dt2, 23) si lo consideran un instrumento válido para los profesionales (difiere entre provincias; p=0,04) y 8,35 (dt2, 12) para los familiares. Lo recomendarían a sus pacientes con una media de 8 (dt2, 54), y lo respetarían 9,09 (dt1, 67) difiriendo entre provincias (p=0,0001). Lo harían ellos mismos en un futuro con una media de 8,02 (dt2, 83), y en el próximo año 4,75 (dt3, 7)

Conclusiones: existe una parte importante de médicos y enfermeros que no conoce y no ha leído el documento de voluntades anticipadas.

La actitud hacia la utilidad y utilización del documento por pacientes y familiares es positiva, sin embargo para ellos mismo no lo ven factible a corto plazo.

Palabras Clave: voluntad en vida (Living wills), directivas anticipadas (Advance directives), planificación anticipada de atención (Advance care planning), Atención primaria de salud (Primary Care).

COMUNICACIÓN ORAL

Influencia de la diabetes mellitus en el riesgo cardiovascular de los hipertensos andaluces

García Martín E¹, Sarabia Mantecón Y¹, Aranda Lara F², Aguilar Álvarez E², Martínez Gacio E², Bernabé Fernández A²

¹Médico residente de Familia y Comunitaria. Unidad de Gestión clínica de Utrera

²Especialista Familia y Comunitaria. Unidad de Gestión clínica de Utrera

Título: Influencia de la diabetes mellitus en el riesgo cardiovascular de los hipertensos andaluces.

Objetivo: valorar la influencia de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM) en el riesgo cardiovascular (RCV) de nuestros hipertensos aplicando las guías Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea Cardiología (SEH-SEC) 2007.

Diseño: estudio descriptivo, retrospectivo, transversal.

Emplazamiento: pacientes que acuden a centros Atención Primaria y especializada de la comunidad Andaluza.

Población y muestra: analizamos 2698 pacientes hipertensos a los que se les realiza monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) e incluidos en la plataforma Cardiorisc en la comunidad andaluza, dividiéndolos en dos grupos con y sin, DM. Respectivamente Grupo A: n=653; hombres: 54.1%; Edad: 56,7 años y Grupo B: n=2045; hombres: 50.7%; Edad: 56,1 años.

Intervenciones: a todos se aplicó un cuaderno para valorar: Control de Presión Arterial (PA) en consulta y con MAPA, Factores de Riesgo

Cardiovascular (FRCV), Lesiones de Órganos Diana (LOD) y Enfermedades Cardiovascular Existentes (ECE). Se analizó el perfil circadiano de su PA y se estratificó RCV.

Resultados: los resultados se presentan (Grupo A/Grupo B). *p <0,001** p<0,01;*** p<0,05. Control PA (%): Consulta: 19.9/24.0***; MAPA: 41.5/46.8; FRCV (%): Tabaco: 14.2/19.6***, Dislipemia: 63,1/31.2*; LOD (%): 32.3/11.9*; ECE (%): 23.9/7.5*; RCV* (%): Basal: 0/5.1; Bajo: 0.5/22.4; Moderado: 7/41.2; Alto: 60.9/18.9; Muy Alto: 31.5/12.4. Perfil circadiano (%)*: Dipper: 30.3/44.9; Extremedipper: 3.8/8.2; Non-Dipper: 43.3/37.8; Riser: 22.5/9.1.

Conclusiones: la presencia de DM 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 DM. Ante la presencia de DM debemos considerar al paciente al menos como de alto RCV como nos indican las guías, actuando de forma integral sobre su riesgo vascular.

Palabras Clave: diabetes (diabetes), hypertension (hipertensión), cardiovascular risk (riesgo cardiovascular)

COMUNICACIÓN ORAL

La revisión de tratamientos como eje central en la adecuación de la prescripción farmacéutica

Paniagua Urbano D¹, Gutiérrez Sequera J², Poyato Luque I³, Cosano Santiago J¹, Serrano Ortega N⁴, Pérez Suñes A⁵

¹Médico de Familia. Distrito Sanitario Guadalquivir

²Enfermero de Familia. Distrito Sanitario Guadalquivir

³Enfermera de Familia. Distrito Sanitario Guadalquivir

⁴Enfermera de Familia

⁵Farmacéutica de Atención Primaria. Distrito Sanitario Guadalquivir.

Título: La revisión de tratamientos como eje central en la adecuación de la prescripción farmacéutica.

Objetivo: analizar el impacto de una intervención centrada en la revisión de tratamientos para mejorar la adecuación de las prescripciones de Inhibidores de bomba de protones (IBP), Hipolipemiantes (HPL) y medicamentos para prevención de fracturas (MPF).

Diseño: estudio descriptivo realizado en 7 Unidades de Gestión Clínica (UGC) rurales.

Emplazamiento: Distrito Sanitario Guadalquivir.

Población y muestra: La totalidad de los 81 médicos de familia del Distrito.

Intervenciones: Intervención: 1) Elaboración y distribución de listados por clave médica de pacientes y tratamientos a revisar por el médico. 2) Difusión de los criterios de uso adecuado y algoritmos de indicación de los grupos terapéuticos seleccionados. 3) Monitorización mensual de la tasa de revisión anual (número de pacientes revisados sobre el total de pacientes a revisar). 4) Feed-back bimestral a los profesionales de

la evolución de la tasa de revisión y de la tasas de consumo de IBP, HPL y MPF. 5) Sesiones de formación (con evaluación on-line) y entrevistas individualizadas.

La estrategia fue implantada en febrero de 2011 y se analiza la variación de las tasas de consumo de IBP, HPL y MPF en el periodo noviembre 2010-octubre 2011 con respecto a noviembre 2009-octubre 2010.

Resultados: la tasa de revisión anual en abril 2011 fue del 26% (11,48%-45%). La disminución de la tasa de consumo de IBP, HPL y MPF fue de 2,65%, 3,82% y 9,05% respectivamente a nivel de distrito; solo dos UGC reflejaron incremento de la tasa de IBP y una de ellas de la tasa de HPL. El 28 % las prescripciones no cumplían criterios de indicación procediéndose a la retirada de los tratamientos.

Conclusiones: la revisión de tratamientos se perfila como una estrategia eficaz para conseguir una óptima adecuación de las prescripciones y una aproximación de las tasas de consumo a los estándares establecidos.

Palabras Clave: adecuación, revisión, tasas de consumo.

COMUNICACIÓN ORAL

Mejora en la adecuación del tratamiento con estatinas: evaluación mediante muestreo por lotes

Tormo Molina J¹, Fernández de Hoz L¹, Marín Conde L¹, González Urbano M¹, García Lirola M²

¹Médico de Familia. UGC Gran Capitán. Granada

²Médico de Familia. Distrito Sanitario de Granada

Título: Mejora en la adecuación del tratamiento con estatinas: evaluación mediante muestreo por lotes.

Objetivo: evaluar la eficacia de una intervención para mejorar el grado de adecuación del tratamiento hipolipemiante y el registro del riesgo cardiovascular (RCV) en la historia clínica.

Diseño: estudio pre-post.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: se evalúa la mejoría en la adecuación de los nuevos tratamientos hipolipemiantes, en prevención primaria, a las recomendaciones del proceso de riesgo vascular, indicados por 24 médicos de familia durante el año 2011 y en relación al año anterior. Medición mediante auditoría de historias obtenidas por muestreo aleatorio simple sistemático por médico.

Muestreo previo a la intervención: 208 sujetos, precisión del 6%, alfa: 5%, beta: 20%, P: 25% (basada en estudio previo).

Muestreo post-intervención: mediante muestreo por lotes

Intervenciones: intervención mediante sesiones clínicas y comunicación de resultados.

Resultados: Evaluación previa: El tratamiento estaba indicado correctamente en el 21% de los pacientes y el RCV estaba recogido en el 47% de las historias.

Evaluación post-intervención: Para valorar la mejoría en la adecuación del tratamiento hipolipemiante fijamos un 50% de nivel de calidad aceptable, con un umbral del 30% (alfa del 5% y beta del 10%). Necesitábamos evaluar 50 historias y conseguir un mínimo de cumplimientos de 19. Obtuvimos 19 cumplimientos con el uso de los criterios del proceso del 2006 y 27 con el del 2011.

El nivel de calidad de anotación lo fijamos en el 70% con un umbral del 50% (alfa 5% y beta 10%). Para ello necesitábamos analizar 49 historias con un número mínimo de cumplimientos de 29. Se consiguieron 23 cumplimientos.

Conclusiones: la intervención con los profesionales parece mejorar el grado de adecuación de los nuevos tratamientos con estatinas, pasando de uno adecuado por cada cinco pacientes a uno de cada dos pacientes. No se ha alcanzado el nivel de calidad propuesto para la anotación del RCV.

Palabras Clave: Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors, Primary Prevention, Lot Quality Assurance Sampling.

COMUNICACIÓN ORAL

Hábitos nutricionales y deportivos de los adolescentes en un instituto de enseñanza secundaria

Pérez Rama E, Jiménez Guerrero M, Cazallas Casado R, Nogales Palomeque I, Navas Avellaneda M, García Hidalgo B

Médico de Familia. CS Virgen de la Capilla. Unidad Docente de Medicina de Familia. Jaén

Título: Hábitos nutricionales y deportivos de los adolescentes en un instituto de enseñanza secundaria.

Objetivo: conocer los hábitos en la nutrición y deporte de los adolescentes de un Instituto de Enseñanza Secundaria (IES).

Diseño: descriptivo transversal mediante encuesta.

Emplazamiento: un Instituto de Enseñanza Secundaria.

Población y muestra: alumnos de Enseñanza Secundaria Obligatoria y de Bachillerato de un IES (n=158).

Intervenciones: se administró una encuesta ad-hoc con el permiso paterno para indagar en sus hábitos. Se recogió la edad, sexo, nivel educativo y aspectos sobre la alimentación y deporte.

Se realizó un análisis descriptivo, bivalente (X^2 y T student) para conocer su distribución por sexo y edad.

Resultados: edad media 16 años (dt1, 4), 56% mujeres, 53% bachillerato, 47% ESO.

Un 23% no desayuna nunca, 54% diariamente, habitualmente en casa (69%). No toma bollería un

26%, un 56% lo hace 1-2 veces/semana. Fruta y verdura la toman diariamente un 32%, y un 30% nunca/1-2 veces/semana. El 27% toma refrescos diariamente. Al 17% no le preocupa nada su alimentación, 49% poco y 34% mucho. El 61,5% no han hecho dieta nunca, 4,5% por prescripción médica y 34% por cuenta propia. El 86% cree que el deporte mejora su bienestar, el 95% realiza deporte (fútbol 30%, atletismo y baloncesto 15%), 60% lo hace por hobby ($p=0.004$). El tiempo de ocio es para amigos (36.5%; mujeres $p=0.04$), ordenador (33%) y deporte (14%).

Las chicas hacen más dieta (42%&28%; $p0,023$) aunque la preocupación es similar. No hay diferencias por edades. En el modelo multivariante, el hacer dieta es explicada de forma independiente por el género (ser mujer OR2,2, y tener mucha preocupación por la dieta OR7,8).

Conclusiones: hay un porcentaje elevado que no desayuna regularmente ni toma fruta ni verduras.

Hay adolescentes que inician dietas no supervisadas, sobretudo, chicas preocupadas con su alimentación. La mayoría realiza algún deporte aunque no es su principal actividad en el tiempo de ocio.

Palabras Clave: adolescente (Adolescent), nutrición del adolescente (nutrition adolescent), Atención Primaria (primary care).

COMUNICACIÓN ORAL

¿Qué tiempo me dedica mi médico de familia? Pilotaje de un proyecto multicéntrico

Concha López P, Carrera Robles J, Fuentes Garcia V, Tomás Muñoz J, Carrillo de Albornoz Calahorro C, Rodríguez San Pío C

Médico de Familia. Centro de Salud Salvador Caballero. Granada.

Título: ¿Qué tiempo me dedica mi médico de familia? Pilotaje de un proyecto multicéntrico.

Objetivo: 1. Conocer la percepción de los pacientes del tiempo que les dedica su médico de familia (MF) en consulta en su Centro de Salud (CS). 2. Conocer el tiempo real dedicado, diferencia entre este y el percibido, factores condicionantes y si el tiempo utilizado es considerado suficiente por el paciente.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: 13.447 personas adscritas al CS. Muestra: 139 encuentros asistenciales (EA) de 6 consultas registradas consecutivamente en los listados de citación previa en un día al azar. Variables estudiadas: tiempo real y percibido, edad, sexo, tipo de consulta y satisfacción del paciente con el tiempo dedicado. Análisis descriptivo y bivariante

Intervenciones: entrevista realizada al paciente al salir de consulta y posterior revisión de historia clínica.

Resultados: el 69% mujeres, edad media 52,8 (DE 21). El 62% de las consultas fue por problemas físicos, el 29% problemas administrativos. Media de minutos consulta: 8,20 y media de minutos estimados por los pacientes: 8,37. El 99% piensan que se les ha dedicado el tiempo necesario. No encontramos diferencias significativas entre tiempo real y percibido según sexo y edad. Sí aparecen entre tiempo real y tipo de consulta y casi significativa entre tiempo percibido y tipo de consulta.

Conclusiones: no encontramos diferencias entre tiempo real y percibido; la percepción no varía según la edad y el sexo. El tiempo percibido varía según el tipo de consulta. Los pacientes consideran suficiente el tiempo que les dedicamos

Palabras Clave: tiempo percibido, tipo de consulta, satisfacción.

COMUNICACIÓN ORAL

Atención multidisciplinar del paciente pluripatológico. Implantación de un modelo de seguimiento en un centro de alta resolución

Carbajo Martín L¹, Piñero Grande P²

¹Médica de Familia. Hospital de Alta Resolución Sierra Norte. Constantina-Sevilla

²Médico de Familia. Hospital de Alta Resolución Sierra Norte. Constantina-Sevilla

Título: Atención multidisciplinar del paciente pluripatológico. Implantación de un modelo de seguimiento en un centro de alta resolución.

Objetivo: implantación de un modelo de seguimiento de pacientes pluripatológicos y evaluar los resultados preliminares.

Diseño: estudio ecológico.

Emplazamiento: interniveles: centros de salud y hospital en zona rural.

Población y muestra: pacientes pluripatológicos.

Intervenciones: puesta en marcha de la Unidad de Atención a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos en una zona rural distribuida en 3 áreas fundamentales: consulta, hospital de día, hospitalización. Análisis de los resultados en los 4 primeros meses de funcionamiento.

Resultados: partíamos de una base de datos con 209 pacientes con 29 PAC activados (PAC: modelo de asistencia conjunta entre Atención Primaria y Hospitalaria). Durante estos 4 meses hemos activado 26 PAC a añadir a los anteriores y estos son los datos fundamentales de nuestra actividad:

- Total de pacientes sobre los que hemos intervenido: 62

- Pacientes fallecidos: 5 (8.07%)

- Ingresos programados a través de Unidad de Día: 11 pacientes (17.74%)

- Ingresos en Hospitalización Polivalente: 36 (58.06%)

- 13 pacientes presentan reingreso en la Unidad (20.97%)

- 12 pacientes fueron derivados a otros centros más especializados (19.36%)

- Media de días de ingreso en Hospitalización: 3.16

Conclusiones: son sólo resultados de los 4 primeros meses pero nos aportan una buena referencia para seguir trabajando en esta línea aumentando el número de ingresos programados para disminuir la asistencia a urgencias. Tenemos una estancia media de 3.12 días y el número de pacientes fallecidos son 5 de los cuales 2 estaban en cuidados paliativos.

Pensamos que el inicio de esta actividad en una zona rural y desfavorecida puede tener un impacto socioeconómico beneficioso y disminuir el número de asistencia a urgencias y derivaciones a otros centros. Esto hará una disminución del costo económico, laboral y familiar para los pacientes y su entorno más cercano.

Palabras Clave: pluripatológico (pluripathology), paciente crónico (chronic patients), comorbilidad (comorbidity).

COMUNICACIÓN ORAL

¡Residentes! ¿Qué podemos hacer para mejorar nuestro programa de cirugía menor?

Chacón McWeeny V¹, Pérez Ríos M¹, Jimenez Rodriguez I¹, Arenas Puga M², Rodriguez San Pío C¹, Valenzuela López I¹

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS Salvador caballero. Granada

²Médico Residente de Medicina de Familia. CS Velluty. Granada

Título: ¡Residentes! ¿Qué podemos hacer para mejorar nuestro programa de cirugía menor?

Objetivo: detectar áreas de mejora en la cumplimentación de los documentos relacionados con la cirugía menor en el centro de salud (CS).

Diseño: análisis descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: pacientes adscritos al CS con intervención en cirugía menor. Muestreo estratificado por meses del año comparándose 2010 con 2011.

Variables obtenidas en tres bases de datos: Libro de cirugía menor (LCM): fecha de petición y realización de la intervención, tiempo, sexo, edad, aportación del consentimiento informado (CI), procedimiento, tipo de procedimiento, envío a anatomía patológica (AP); Historia de salud digital (HSD): registro de la derivación y realización del procedimiento, entrega y recogida del CI; CI: datos, firma del paciente y médico.

Intervenciones: los residentes realizarán auditorías internas de los CI en dos momentos del año

presentando los resultados al CS y estableciendo áreas susceptibles de mejora.

Resultados: se analizan 42 intervenciones en 2010 y 48 en 2011. En LCM encontramos que la anotación de la entrega del paciente del CI pasa del 29% en 2010 al 73% en 2011 y que el porcentaje de muestras a AP sube del 9% al 13%. La exéresis pasa del 47% al 65%. La inserción-retirada de implanon y la matricectomía disminuyen.

En la HSD el registro de la derivación a cirugía menor pasa del 79% al 52%, mejorando el registro de la entrega (del 27% al 40%) y recogida (del 53% al 65%) del CI.

En el CI desciende el registro del nombre del profesional del 98% al 21%, la firma de éste del 95% al 71% y el registro de la firma del paciente del 100% al 46%.

Conclusiones: la realización de auditorías internas con feedback al CS permiten detectar áreas de mejora en el programa de cirugía menor.

Palabras Clave: cirugía menor, consentimientos, registro.

COMUNICACIÓN ORAL

Prevalencia de la obesidad en diabéticos. Riesgo sociofamiliar en obesos diabéticos en Atención Primaria

Pérez Collado M¹, Ortega Blanco J², Calvo Lozano J³, Escaño García T⁴, Olave Rubio A³, Fernández Vázquez F⁴

¹Enfermera Gestora de Casos. CS Molino de la Vega. Huelva

²Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Director CS Molino de la Vega. Huelva

³Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva

⁴Enfermera de Familia. CS Molino de la Vega. Huelva

Título: Prevalencia de la obesidad en diabéticos. Riesgo sociofamiliar en obesos diabéticos en Atención Primaria.

Objetivo: estimar la prevalencia de la obesidad en los diabéticos. Analizar las complicaciones y el riesgo sociofamiliar en diabéticos obesos.

Diseño: estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: sujetos entre 40-80 años diabéticos incluidos en el proceso Diabetes. Estimamos obesos a los pacientes con Índice de masa corporal (IMC) >30.

Se estimó una prevalencia del 30%, precisión 5%, confianza del 95% y añadiendo un 10% (n =355).

Intervenciones: variables medidas:

- Datos antropométricos: edad, sexo, peso, talla, IMC.
- Hemoglobina glicosilada.
- Exploración de los pies.
- Presencia de Retinopatía diabética.
- Riesgo sociofamiliar: situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social.

Resultados: el 54,27% eran mujeres. La prevalencia de Obesidad fue 45,13% (IC 39,89-50,46%). Por sexo eran obesos el 28,91% de las mujeres (IC 24,27-33,91) y el 16,22% de los hombres (IC 12,58%-20,44%) (p=0.001).

Media de hemoglobina glicosilada en no obesos 7,01% y en obesos 7,19%, sin p significativa.

Exploración del pie, considerando normal, riesgo moderado, alto riesgo y pie diabético, entre los no obesos los porcentajes fueron 28,1%, 55,5%, 8,2%, 8,2% y entre los obesos 17,3%, 57,7%, 16,3%, 8,7%, con diferencias relevantes en pie de alto riesgo aunque no significativa.

Encontramos Retinopatía diabética en el 26,5% de los no obesos y el 27,5% de los obesos, sin significación estadística.

Analizando el riesgo sociofamiliar, resultan de riesgo el 1,18% de no obesos, frente al 2,61% de los obesos sin p significativa.

Conclusiones: nos encontramos una prevalencia de diabéticos obesos alta, con diferencias estadísticas por sexo, siendo mayor entre mujeres.

Encontramos diferencias clínicamente relevantes en la presencia del pie de alto riesgo entre los obesos diabéticos frente a los no obesos.

No hay diferencias en el riesgo sociofamiliar ni en la presencia de complicaciones retinopáticas.

Palabras Clave: Prevalence, Obesity, Diabetes, Social and family risk.

COMUNICACIÓN ORAL

Fotografiando la indicación de solicitud de urocultivos. Hablemos de estadística

Toral Sánchez J, Giménez Cid D, Moral Moya T, Martínez Chamorro A, Villalba Beltrán G, Pérez Mena M

1 MIR 4º año. CS Fuensanta. Córdoba

2 MIR 4º año. CS Levante Sur. Córdoba

Título: Fotografiando la indicación de solicitud de urocultivos. Hablemos de estadística.

Objetivo: analizar las características demográficas y los resultados de los urocultivos solicitados durante 2011 en nuestro centro de Salud.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: centro de salud urbano emplazado en una Zona de Transformación Social.

Población y muestra: se estudiaron el total de urocultivos solicitados en nuestro centro de salud durante el año 2011.

Intervenciones: se recogieron los datos de edad, sexo, gestación, resultado positivo o no y patógeno aislado. Los datos fueron analizados estadísticamente mediante el programa estadístico SPSS v20.

Resultados: se solicitaron un total de 1134 urocultivos. La media de edad fue 36,52($\pm$ 23,37). 79,8% fueron en mujeres (el 49,61% estaban embarazadas). Por edades el 26,8% tenían entre 26-35 años, 18,7% entre 15-25, 15,4% entre 35-50, 15,1% entre 0-14, 7,8% entre 51-65, 9,3% para 66-80 y el 6,9% restante para >80 años. En 15,7% se detectó patógeno. Más urocultivos positivos a edades seniles (37,18% en >80 años).

Microorganismos aislados: E. coli (52,24%), Klebsiella pneumoniae (14,04%), Proteus mirabilis (7,86%), Streptococo agalactie (6,74%), Enterococo faecalis (6,18%), Estafilococo Saprophyticus (2,8%), Estafilococo aureus (2,24%), Estafilococo

epidermidis y Pseudomona aeruginosa con 1,68% cada uno y otros (4,49%). Salvo en edad pediátrico, se solicitan más urocultivos en mujeres.

Distribución heterogénea patógenos-edad salvo E. Coli. 72% de Kl. pneumonie en >35 años. Pr. mirabillis tiene dos picos: 35,71% (edad pediátrica) y 35,61% (mayores de 66). 54,54% de Ent. faecalis entre 26-35. 50% St. agalactie entre 35-50. St. Saprophyticus (60%) y St. aureus (50%) a los 26-35 años. 66,6% de Ps. aeruginosa entre 0-14 años.

Conclusiones: las mujeres fueron las más demandantes de urocultivos encontrándose la mitad embarazadas (49,61%).

- Solo el 15,7% de los urocultivos fue positivo.
- E. coli fue el más aislado con diferencia (52,24%).

-Mayor tasa de acierto al solicitar el urocultivo a mayor edad. El 37,18% de >80 años fue positivo.

-Existen patógenos que tienen relación con los diferentes rangos de edad: St. agalactie (35-50 años) y St. saprophyticus, St. aureus y Ent. faecalis para 25-35.

- Hay que revisar los criterios para solicitar urocultivos.

Palabras Clave: Urine culture (urocultivo), Primary Care (Atención Primaria), results (resultados).

COMUNICACIÓN ORAL

Formación en entrevista clínica de los médicos de familia y satisfacción del paciente

Ansio Espejo I¹, García Hidalgo M², Navas Avellaneda M², Rubio López J¹, Carmona Espejo A¹, Valverde Bolívar F³

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS El Valle. Unidad Docente de Medicina de Familia. Jaén

²Médico Residente de Medicina de Familia. CS Virgen de la Capilla. Unidad Docente de Medicina de Familia. Jaén

³Médico de familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén

Título: Formación en entrevista clínica de los médicos de familia y satisfacción del paciente.

Objetivo: conocer la relación entre la formación en entrevista clínica (EC) de los médicos de una Zona Básica de Salud (ZBS) y la satisfacción de los pacientes con el médico. Conocer la formación de los médicos en EC y la satisfacción de los pacientes.

Diseño: descriptivo transversal mediante encuesta.

Emplazamiento: ZBS.

Población y muestra: todos los médicos (69) y cinco pacientes de cada médico (345) que lleven al menos un año en el cupo. Exclusión, médicos de baja laboral >2 meses.

Intervenciones: la formación en EC se midió mediante cuestionario publicado, la satisfacción mediante el cuestionario del servicio andaluz de salud relacionada con el médico. Se realizó análisis descriptivo, bivalente y regresión logística multivariante con la satisfacción como variable dependiente.

Resultados: análisis inicial 22-médicos-113-pacientes. Edad media de los médicos 48,67 años (DT6,4), hombres 51%. El 95% refiere formación en EC (cursos básicos-52%, avanzados-36%,

otra o-12%). Un 91% utiliza habilidades de EC, 18% han realizado trabajos de investigación en EC. Acude a congresos de EC un 8% y se han videograbado 82%. No conocen el GATHA/CICAA el 73%. El 100% considera que mejora la satisfacción del paciente, del médico y la gestión en consulta. El 54% transmite a compañeros habilidades en EC.

Edad media de los pacientes 55 años±8,3, mujeres 57%. El 62,5% está satisfecho/muy satisfecho, destacando la satisfacción global con su médico, el tiempo que le dedican en consulta y la atención domiciliaria. Los profesionales con formación avanzada en EC tienen un 71% de pacientes satisfechos/muy satisfechos, el porcentaje es de 44% para aquellos con formación básica (p=0,22). El análisis multivariante no muestra variables significativas.

Conclusiones: casi el total de los médicos tienen formación básica/avanzada en EC.

La mayoría de pacientes está satisfecho/muy satisfecho con el médico.

No encontramos relación entre la formación en EC y la satisfacción del paciente.

Palabras Clave: comunicación (communication), entrevista clínica (clinical interview), satisfacción del paciente (patient satisfaction).

COMUNICACIÓN ORAL

Evolución de la valoración nutricional del anciano frágil en Atención Primaria

Cuenca del Moral R¹, Acero Guasch N², Castillo Trillo B³, Soto Pérez M¹, Bordallo Aragón R⁴, Muñoz Cobos F¹

¹Médico de Familia. CS el Palo. Málaga

²Médico de Familia. Área de Salud de Eivissa y Formentera. Baleares

³Médico Residente de Familia. CS el Palo. Málaga

⁴Servicio Cuidados Críticos y Urgencias Hospital Civil. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Título: Evolución de la valoración nutricional del anciano frágil en Atención Primaria.

Objetivo: determinar la evolución del estado nutricional en ancianos frágiles en Atención Primaria.

Diseño: estudio observacional longitudinal.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Población y muestra: cohorte de 120 ancianos frágiles con riesgo nutricional captados en un centro de salud. Realizamos evaluaciones nutricionales cada 6 meses (entre 2003 y 2011) Mediciones: Índices antropométricos (Índice masa corporal [IMC], perímetro braquial [PB], perímetro de pantorrilla [PP], pliegue tricipital [PT], circunferencia muscular del brazo [CMB]) y Estado funcional (Índice de Barthel). Consideramos desnutrición cuando 2 o más medidas antropométricas están por debajo del percentil 50 según la referencia de la población anciana española. Diferenciamos desnutrición proteica, calórica o mixta y leve (p50-p25), moderada (p25-p10) o severa (<p10). Realizamos intervención individual en ancianos malnutridos. Comparación de siete primeras evaluaciones: T Student muestras apareadas. Análisis estadístico: SPSS 15.0

Intervenciones: no se realizan.

Resultados: edad media inicial 82.9 +/- 0.7 años, 70% mujeres. Barthel 80.89 +/- 5.46, IMC 22.92 +/- 0.38, PT 16.35 +/- 0.75 mujeres y 10.75 +/- 0.72 hombres, PB 23.37 +/- 0.37 mujeres y 23.88 +/- 0.43 hombres, CMB 18.60 +/- 0.33 mujeres y 20.36 +/- 0.36 hombres, PP 30.30 +/- 0.44 mujeres y 30.13 +/- 0.5 hombres. 76.7% presentaban malnutrición: 35.1% proteica, 25.5% calórica, 39.4% mixta. Leve 52.2%, moderada 40.2% y severa 7.6%. Tras siete evaluaciones nutricionales (tiempo de seguimiento 40.5 meses) no existen diferencias significativas para los parámetros antropométricos: PT -0.79 (+1.02- -2.61); PB -0.57 (+0.69- -1.84); PP -0.77 (+0.70- -2.24) CMB -0.36 (+0.86- -1.58). Existen diferencias significativas para el descenso del IMC -2.13 (-0.41- -3.85; p<0.05) y del índice de Barthel -12.86 (-4.57- -21.14; p<0.05)

Conclusiones: existe un elevado porcentaje de ancianos frágiles con malnutrición. La intervención individual no mejora el estado nutricional. IMC y Barthel disminuyen con el tiempo.

Palabras Clave: Malnutrition (malnutrición) Frail elderly (anciano frágil). Anthropometrics parameters (parámetros antropométricos).

COMUNICACIÓN ORAL

Calidad de la atención a los pacientes incluidos en el proceso de hipertrofia benigna de próstata (HBP) en un centro de salud urbano

Extremera García E¹, Simão Aiex L¹, Juárez Jiménez M², Ramírez Picó A², Pérez Milena A²

¹Médico Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

²Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

Título: Calidad de la atención a los pacientes incluidos en el proceso de hipertrofia benigna de próstata (HBP) en un centro de salud urbano.

Objetivo: conocer el grado de cumplimiento de los indicadores de calidad del proceso HBP y el tipo de tratamiento empleado en función de dichos parámetros.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano con una población de 16 mil habitantes.

Población y muestra: muestreo sistemático de todos los pacientes incluidos en el proceso HBP (nivel de confianza 95%, precisión 2%).

Intervenciones: auditoría de historias clínicas (Diraya) recogiendo edad, año de diagnóstico, valor de PSA/IPSS (y cuándo se realizó) y tratamiento actual.

Resultados: 231 varones (72% del total) con edad media 69,1 años($\pm 10,6$), 96% mayores de 50 años. Un 52% no toman medicación para la HBP; la medicación más empleada son los alfabloqueantes [27%] (Tamsulosina 36%, alfuzosina

3%, terazosna 2%, doxazosina 2%), seguidos por las combinaciones de alfabloqueantes con los inhibidores 5 alfa-reductasa [15%] (sobre todo con dutasteride, 16%). Solo un 3% usan fitoterápicos. Un 98,9% de las historias tienen registrado el valor del IPSS, con un valor medio de 14,9($\pm 7,4$), aunque solo un 30% en el último año. Un 25% tienen síntomas severos y un 44% moderados. El 99,1% de los pacientes tienen solicitada una PSA, con valor medio de 2,6($\pm 3,1$), de ellos el 60% realizada el último año. Sólo un 11% de los tratamientos son indicados por los médicos de familia (sobre todo los alfabloqueantes, un 15%). La doble terapia está más presente con valores de IPSS moderado o grave (55%/52% vs 11%, $p < 0,05$ χ^2) frente al tratamiento en monoterapia con alfabloqueantes con IPSS leve (74% vs 29%/39% $p < 0,05$ χ^2).

Conclusiones: los criterios de calidad se cumplen solo en la tercera parte de pacientes con HBP, lo que obliga a un mejor seguimiento del proceso asistencial. El tipo de tratamiento empleado depende de la sintomatología expresada por el paciente.

Palabras Clave: prostatic hyperplasia, PSA, IPSS, treatment.

COMUNICACIÓN ORAL

Mitos y realidades de la fibromialgia en Atención Primaria

Belhadj H¹, Calderón Guadalupe J², López Aguilar J³

¹Médico de Familia. Hospital Blanca Paloma. Huelva

²Médico de Familia. Huelva

³Médico de Familia, Unidad de Gestión Clínica Isla Chica. Huelva

Título: Mitos y realidades de la fibromialgia en Atención Primaria.

Objetivo: determinar las características físicas, sociales y del entorno de los pacientes diagnosticados de fibromialgia. Determinar cómo afecta la fibromialgia a estos pacientes. Describir los distintos tratamientos prescritos a los pacientes diagnosticados de fibromialgia. Evaluar las comorbilidades existentes. Evaluar el conocimiento de su enfermedad y la relación médico-paciente. Determinar la creencia sobre la fibromialgia como enfermedad por parte del personal médico.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud área urbana.

Población y muestra: captación secuencial de pacientes en consulta. Criterios de inclusión: Pacientes de ambos sexos, de cualquier edad diagnosticados de fibromialgia. Criterios de exclusión: pacientes embarazadas, depresiones mayores o esquizofrenia, enfermedades terminales. Muestra: se tomó prevalencia 2.7%; nivel de confianza 95%; precisión 5%; resultando 24 pacientes de los 30 teóricos.

Intervenciones: análisis mediante programa informático SPSS V15. Calculando Media y

desviación típica para variables cuantitativas y porcentajes para cualitativas.

Resultados: mujeres 95.8%. Sobrepeso 41,7%. Satisfacción con la vida 54,2%. Cuidadores principales de una persona 75%. Tratados con analgésicos 70.83%. Disfunción sexual 29,2%. Han sufrido trauma sexual y/o violencia de género 25%. Presentan depresión importante 75%. Personal médico que cree en la fibromialgia 26,1%.

Conclusiones: el perfil de pacientes coincide con el descrito por la literatura actual. La enfermedad no limita a los pacientes pero afecta a su actividad diaria generando un alto grado de ansiedad y depresión por el dolor que presentan. La enfermedad está hipertratada mayoritariamente con analgésicos y AINE's. Más de la mitad de los pacientes presentan Artrosis y/o patología osteomuscular además de otras comorbilidades asociadas a la fibromialgia.

La mayoría de los pacientes creen que mejoraría de su enfermedad si mejora su situación personal.

La inmensa mayoría del personal médico prefiere otro tipo de paciente para tratar.

Palabras Clave: Fibromyalgia, Quality of life, Treatment.

COMUNICACIÓN ORAL

Influencia del acompañante en la duración de las consultas de medicina de familia

Moreno Martos H¹, Cózar García I², Alcalde Molina M³, Pérez Fuentes M⁴, Pedregal González M⁵, Valverde Bolívar F⁶

¹Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Almería Periferia

²Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Federico del Castillo. Jaén ³Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Virgen de la Capilla. Jaén

⁴Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Virgen de Linarejos. Jaén

⁵Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Huelva

⁶Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Jaén

Título: Influencia del acompañante en la duración de las consultas de medicina de familia.

Objetivo: conocer si la presencia de acompañantes en las consultas de medicina de familia influye en el tiempo medio de la visita.

Diseño: observacional descriptivo.

Emplazamiento: consultas de medicina de familia de 4 ciudades andaluzas.

Población y muestra: médicos tutores de medicina de familia con un año de antigüedad en el cupo. Se seleccionaron de forma aleatoria 4 entrevistas de media de cada profesional (31).

Intervenciones: las consultas fueron videograbadas analizando en cada una el género del médico, del paciente, si había acompañante, si la consulta era inicial o de revisión y el tiempo medio. Se realizó un análisis descriptivo (medias y desviación típica, frecuencias), bivalente (t-student y X²) y de regresión lineal multivariante con la variable dependiente tiempo.

Resultados: de las 124 entrevistas, 50% fueron en Jaén, 26% en Huelva, 20% en Almería y 4% en Gra-

nada. El 52% de los médicos eran hombres. De los pacientes el 61% mujeres, 86% fueron consultas de revisión y la presencia de acompañante fue del 36%. El tiempo medio de consulta fue 9,02 minutos (DT4,1), mediana 8 minutos y moda 7 minutos.

La duración de la consulta no tuvo variación según el género del médico ni del paciente ($p=0,83$). Las consultas de revisión duraron 9,21' (DT4,2) frente a 7,82' (DT2,6) de las iniciales, $p=0,08$. Con acompañante 10,31' (DT4,9) frente a 8,27' (DT3,37) de los pacientes solos.

En el modelo multivariante, sólo la presencia de acompañante fue significativa para una mayor duración de la consulta, ($B=1,94$; $p=0,012$), con un coeficiente de determinación 0,06.

Conclusiones: la única variable que parece influir en las consultas médicas es la presencia o no de acompañante de los pacientes. Ni el género de pacientes o médicos ni si el tipo de visita es inicial o de revisión influye en el tiempo.

Palabras Clave: comunicación (Communication), medicina familiar y comunitaria (Family Practice), relaciones médico-paciente (Physician-Patient Relations).

COMUNICACIÓN ORAL

Hospitalizaciones evitables por “ambulatory care sensitive conditions” en una unidad de gestión clínica urbana

Pérez Romera F¹, Lardelli Claret P², Bonillo García M³, Gutiérrez Cuadra P⁴

¹Médico de Familia. Granada

²Médico Preventivista. Catedrático Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada

³Médico de Familia UGC Gran Capitán. Granada

⁴Médico de Familia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Título: Hospitalizaciones evitables por “ambulatory care sensitive conditions” en una unidad de gestión clínica urbana.

Objetivos:

- General: estudiar prevalencia de las Hospitalizaciones Evitables (HE) identificadas mediante Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) de una Unidad de Gestión Clínica (UGC) Urbana (2009-2010).

- Específicos:

- 1) Estudiar distribución de HE de la unidad según edad, sexo y diagnósticos principales.
- 2) Comparar prevalencias de HE por grupos diagnósticos.
- 3) Identificar áreas de mejora en la capacidad resolutoria de la unidad.

Diseño: estudio de una serie de casos retrospectiva.

Emplazamiento: centro de salud urbano y hospital.

Población y muestra: ingresos en el Hospital 2009-2010, diferenciando entre:

- Ingresos procedentes de nuestra unidad.
- Ingresos procedentes del resto de unidades que tienen el mismo hospital de referencia.

Intervenciones:

- Estudio descriptivo de las variables (diagnóstico de alta, edad, sexo, procedencia ingreso, HE, ACSC).
- Estudio analítico: Test de comparación de dos proporciones de muestras independientes para las prevalencias de HE en ingresos procedentes de la UGC con respecto al resto de ingresos.

Resultados: el porcentaje de HE en el hospital es de 8% y en la unidad de 6%. El 59% son hombres y 75% mayores de 60 años. Por grupo diagnóstico: enfermedad cardio-hipertensiva (32%), Insuficiencia Cardíaca (17%), neumonía (16%) y EPOC/Bronquitis (7%).

Conclusiones:

1. Las HE representan el 6% de los ingresos procedentes de la unidad, valor inferior para el resto de ingresos.
2. Predominan varones y mayores de 60 años, valor similar al resto de ingresos.
3. La enfermedad cardio-hipertensiva es la principal causa de HE, seguido por neumonía e insuficiencia cardíaca; lo que nos orientará en la implantación de áreas de mejora.

Palabras Clave: Primary Health Care (Atención primaria de Salud), Ambulatory Care Sensitive Conditions (Hospitalizaciones evitables), Quality of Health Care (calidad asistencial en salud).

COMUNICACIÓN ORAL

Influencia del entorno familiar en el control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Olivencia Carrión M¹, Merino Jimenez M¹, Rodríguez Ortega C²

¹Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

²Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS López Barneo. Torredonjimeno (Jaén)

Título: Influencia del entorno familiar en el control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Objetivo: conocer la relación entre función familiar y control metabólico en pacientes diabéticos tipo II. Relacionar función familiar y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo II.

Diseño: estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: dos centros de salud (rural/urbano).

Población y muestra: pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento exclusivamente con antidiabéticos orales, pertenecientes al proceso de diabetes. Muestreo aleatorio sistemático.

Intervenciones: durante tres meses, se recogió mediante entrevista clínica e historia digital Diraya, el control metabólico según los criterios del proceso asistencial (Tensión Arterial, LDL-Colesterol, Hemoglobina Glicosilada), estructura y función familiar mediante el test de Apgar (0-6 disfunción, 7-10 normofunción) y adherencia al tratamiento con antidiabéticos orales (cuestionario Morinski-Green). Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes, y posterior análisis descriptivo de asociación cruzada.

Resultados: se estudian 64 pacientes, edad media 64,38 años($\pm 9,6$), 52% hombres. 14% presentaron disfunción familiar (Apgar Familiar $4,3 \pm 1,5$ vs $9,3 \pm 0,9$, $p < 0,001$ t Student), relacionada con estados viudo/divorciado (66%vs13%; $p < 0,001$ X²). 84% son familias nucleares, predominando la normofunción familiar (66%vs22%; $p < 0,001$ X²). La evolución de la diabetes es de 8,0 años ($\pm 5,9$) con control metabólico inadecuado en el 84% sin diferencias por grupos, pero con control de TA (67%vs44%) y lípidos (73%vs67%) si hay normofunción familiar, así como menor consumo de tabaco (22%vs33%). El riesgo cardiovascular aumenta en disfuncionantes: SCORE 2,6% vs 4,2% ($p < 0,001$ t Student), Framingham 11,7%vs17,9% ($p < 0,05$ t Student). La adherencia al tratamiento fue superior en familias normofuncionantes (55%vs33%).

Conclusiones: la normofunción familiar se relaciona con la estructura nuclear y el estar casado. El apoyo familiar parece tener, además, relación con un mejor control de factores de riesgo cardiovascular. Es preciso aumentar el tamaño de muestra para obtener datos concluyentes.

Palabras Clave: Nuclear family (núcleo familiar), primary health care (Atención Primaria de salud), Diabetes Mellitus Type 2 (diabetes mellitus tipo 2), Family Relations (relaciones familiares).

COMUNICACIÓN ORAL

Validez de la resistencia a la insulina en el screening de diabetes gestacional

Ortega Carpio A¹, Serrano Bea M², Gómez Rosa F², Márquez Vera E², Vázquez Rico I³, Castaño Lopez M³

¹Médico de Familia. CS Torrejón. Huelva

²Médico Residente de Familia. CS Torrejón. Huelva

³Médico Especialista en Análisis Clínicos. Hospital Juan Ramon Jimenez. Huelva

Título: Validez de la resistencia a la insulina en el screening de diabetes gestacional.

Objetivo: evaluar la utilidad del Índice HOMA y la Hemoglobina Glicosilada en el screening de la Diabetes Gestacional (DG), estableciendo el punto de corte más sensible y específico.

Diseño: estudio de validación de una prueba diagnóstica.

Emplazamiento: urbano.

Población y muestra: gestantes con FUR > 21/9/2010 y FPP < 1/4/2012, o que hubieran desarrollado DG con anterioridad a esa fecha aunque no hubieran alumbrado. Las variables predictoras analizadas son: Índice HOMA (Glucosa x Insulinemia / 405) y HbA1c determinadas en la 24s de gestación junto con el screening habitual de DG (O'Sullivan). La variable dependiente principal fue el desarrollo de DG confirmado mediante O'Sullivan > 190 ó Sobrecarga Oral Prolongada con criterios NDDG, solicitado si O'Sullivan > 140 ó hay sospecha clínica de DG. Calculamos una tamaño muestral de 135 gestantes para una prevalencia esperada de DG del 15%, diferencia de medias de 0.8, desviación estándar de 1.0 y razón muestral de 8/1, con una seguridad del 95% y una potencia del 80%.

Intervenciones: no.

Resultados: de 132 gestantes incluidas sólo obtuvimos parámetros evaluables en 122. Tenían una edad media de 29.9 años (IC95%: 28.8-31.0), Antecedentes Familiares Diabetes 21.3%, Antecedentes Personales DG 2.4% y Obesidad 46%. La ganancia media de peso fue de 10.8 kilos (IC95%: 10.2-11.6), la gestación media 38.7 semanas (IC95%: 38.4-39.1) y el peso medio del neonato 3.304 gramos (IC95%: 3.206-3.402). Un 9.8% de gestantes desarrollaron DG. La diferencia de medias del Homa entre gestantes con/sin DG fue de 0.28 (IC95%: -1.07+0.58) y de la HbA1c de 0.21 (IC95%: 0.04-0.37). El área bajo la curva ROC del HOMA discrimina solo al 51.3% DG en tanto que la HbA1c lo hace con el 75.2%. La combinación de O'Sullivan > 140 y HbA1c > 5 en la 24s mejora la especificidad del screening de DG un 14% sin afectar la sensibilidad.

Conclusiones: el Índice Homa en la 24s de gestación no aporta información en el screening de DG. La determinación de HbA1c conjuntamente con el O'Sullivan mejora un 14% la especificidad sin afectar la sensibilidad.

Palabras Clave: Gestational Diabetes, Hyperinsulinism, Glycosylation.

COMUNICACIÓN ORAL

Hipertensión refractaria en Atención Primaria. Un reto terapéutico

Ortega Carpio A¹, Márquez Vera E², Janine Zabala S², León Arévalo I², Soler Sánchez M¹, Pardo Álvarez J¹

¹Médico de Familia. CS Torrejón. Huelva

²Médico Residente de Familia. CS Torrejón. Huelva

Título: Hipertensión refractaria en Atención Primaria. Un reto terapéutico.

Objetivo: estimar la prevalencia de HTA Refractaria y de HTA Refractaria no controlada con los nuevos criterios ACC/AHA.

Diseño: descriptivo trasversal.

Emplazamiento: urbano.

Población y muestra: pacientes diagnosticados de HTA refractaria (mal controlados con ≥ 3 fármacos ó tratados con ≥ 4 fármacos hipotensores controlados o no), seleccionados a partir de un listado aleatorio de hipertensos tratados al menos con un fármaco. Calculamos una muestra de 323 hipertensos para estimar una proporción esperada de un 30% con una seguridad del 95% y precisión del 5%, incrementando un 10% para prevenir las pérdidas (traslado, fallecimiento/diagnostico equivoco), excluyendo por tal motivo a 33 de los 366 pacientes seleccionados. Consideramos HTA refractaria no controlada la presencia de al menos dos tomas tensionales en los últimos 12 meses superiores a 140/90 ó la ausencia de controles durante ese periodo. Se recogieron variables predictoras clínicas potencialmente relacionadas con el grado de control tensional (edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular y tratamiento farmacológico asociado) evaluándose mediante análisis multivariante dicha asociación.

Intervenciones: no.

Resultados: de los 333 hipertensos, 76 presentaban HTA Refractaria (22,8%), con edad media de 69,2 años (IC95% 66,7-71,5) predominando mujeres sobre hombres en número (61,8%/38,2%) y edad (72/63 $p < 0,01$). El número de fármacos utilizado fue 3 (39,5%), 4 (47,4%) y ≥ 5 (13,1%), siendo los más utilizados las Tiazidas (77,6%) IECAs (67,1%), Betabloqueantes (60,5%) y Calcioantagonistas (57,9%); un 13,2% tenían asociados antiandrogénicos. Eran dislipémicos (57,9%), obesos (63,2%), diabéticos (47,4%), fumadores (11,8%) y tenían ECV/IRC asociada el 46,1%/18,4% respectivamente. 40,8% estaban antiagregados y 13,2% anticoagulados. 56,6% tenían TA mal controlada, aunque en los de ≥ 4 fármacos el porcentaje con mal control bajaba al 28,3%. El número de fármacos ($OR=8,565/p < 0,02$) y el tratamiento antiagregante/anticoagulante asociado ($OR=12,292/p < 0,02$) fueron los factores predictores de buen control tensional entre los refractarios.

Conclusiones: con los nuevos criterios el 22,8% de los HTA son refractarios. Sólo el 44,4% presentan aceptable control tensional. Un 72,7% de los refractarios con ≥ 4 fármacos tienen buen control tensional. Se asocian con mejor control el número creciente de fármacos y la presencia de tratamiento antiagregante/anticoagulante.

Palabras Clave: Hypertension, Resistant Hypertension.

COMUNICACIÓN ORAL

Cribado de cáncer de cérvix: análisis de citologías en el centro de salud

Agudo de la Paz M¹, Cosano Cañadas J², Redondo Sánchez J³, Lora Cerezo N³, Martínez de la Iglesia J³, Cano García M²Mena M³A⁴

¹Médico Residente de 3^{er} año de Medicina de Familia. CS Lucano. Córdoba

²Médico Residente de 4^o año de Medicina de Familia. CS Lucano. Córdoba

³Médico de Familia. CS Lucano. Córdoba

Título: Cribado de cáncer de cérvix: análisis de citologías en el centro de salud.

Objetivo:

Objetivo principal: Valorar los resultados en las citologías patológicas y analizar los factores de riesgo implicados en las citologías patológicas.

Evaluar los indicadores de calidad del proceso de cáncer de cérvix.

Diseño: estudio descriptivo.

Emplazamiento: centro de salud.

Población y muestra: mujeres incluidas en el proceso de cáncer cérvix desde octubre 2010 a enero 2012.

Intervenciones: en éste estudio no se ha llevado a cabo ningún tipo de intervención.

Resultados: se realizaron un total de 743 citologías de las cuales 119 (16%) resultaron patológicas (100% fueron muestras satisfactorias y sólo 3% de los resultados fueron comunicados después de 30 días). La edad media fue de 35 ±11 años, con una edad media de menarquia 12 ±2 años. De las pacientes con citología patológica un 28% eran fumadoras activas, y un 24% empleaban como

método anticonceptivo habitual el preservativo. Entre los resultados citológicos, la patología más prevalente fue la presencia de Flora Cocobacilar (37.8%) seguida de infección por Cándida (34.5%), SIL-L (16.8%) y en último lugar SIL-H (5%). Distribuidos por grupos de edad se encontró mayor número de citologías patológicas entre 26 y 44 años.

Conclusiones:

- Se obtiene unos excelentes indicadores de calidad del proceso de cérvix.
- Se observa un porcentaje considerable de citologías patológicas.
- Se detecta una incidencia alta de lesiones pre-malignas de cáncer de cérvix.
- Podemos concluir que este proceso ha obtenido un gran rendimiento para la detección de patología de cérvix.
- En nuestra muestra la patología de cérvix se distribuye de forma homogénea independientemente del método anticonceptivo empleado, salvo una mayor presencia de Flora Cocobacilar asociada al uso de anticonceptivos orales.

Palabras Clave: citología, cáncer de cérvix, cribado.

COMUNICACIÓN ORAL

Estudio descriptivo de las gestantes que sufren metrorragia en el primer trimestre

Rosa Martínez F, Piedra Zuing N, Peláez Mariscal E

Médico Residente de Medicina de Familia. Hospital La Inmaculada. Huércal Overa (Almería)

Título: Estudio descriptivo de las gestantes que sufren metrorragia en el primer trimestre.

Objetivo: conocer el perfil de las gestantes que acuden al servicio de urgencias por metrorragias en el primer trimestre.

Diseño: estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo.

Emplazamiento: servicio de urgencias de un hospital comarcal del Norte de Almería.

Población y muestra: gestantes que acuden al servicio de urgencias por motivo de metrorragia en el primer trimestre de gestación durante los años 2010-2011.

Intervenciones: revisión de las historias clínicas de las siguientes variables: edad, semanas de gestación, cantidad de metrorragia (leve, moderada, grave), antec. gineco-obstétricos, analítica de orina, ecografía vaginal, BHCG, HTA, tabaquismo, alcohol, hipertiroidismo, diabetes mellitus, grupo sanguíneo y RH.

Resultados:

- La media de edad de las gestantes fue de 31,29 años con un IC de 95% con un límite inferior de 29,94 y un límite superior de 32,64.

- La asistencia al servicio se produce con mayor frecuencia en la 8ª. Semana de gestación. (Con un IC de 95% con un límite inferior de 7,42 y un límite superior de 8,83).

- El 55,4% de las gestantes presentaba un sangrado leve, un 33,8% moderado y un 8,1% grave.

- Presentaron dolor abdominal el 59,5% de las pacientes estudiadas.

- El estudio ecográfico reporta un resultado del 40,5% feto muerto, un 47,3% feto vivo y un 9,5% de embarazo ectópico.

Conclusiones: aunque hacen falta más estudios como se observa en la bibliografía hay que tener en cuenta que a pesar de que la mayoría de las gestantes acudían por una hemorragia leve, estando en la década de los 30, el resultado final de aborto fue considerable, luego el uso de pruebas diagnósticas pudiera ser útil en todos los casos de metrorragia en las gestantes

Palabras Clave: metrorragia (metrorrhage), aborto (abortion), primer trimestre (first trimester).

COMUNICACIÓN ORAL

Prevalencia de medicación inapropiada en pacientes mayores de 65 años polimedicados

Vazquez Alarcón RL¹, García Vertedor C², Cabo López A³, Cintado Sillero M², Ruiz Salas A³, Cantarero Jiménez B³

¹Médico de Familia. CS Fernán Núñez. Córdoba

²Médico de Familia. CS San Andrés-El Torcal. Málaga

³Médico Residente 4º año de Medicina de Familia y Comunitaria. CS San Andres -Torcal. Málaga

Título: Prevalencia de medicación inapropiada en pacientes mayores de 65 años polimedicados.

Objetivo: analizar la prevalencia de prescripción no apropiada en pacientes mayores de 65 años polimedicados.

Secundarios: describir el perfil de consumo de fármacos en la población anciana polimedicada.

Determinar la tasa de polimedicación.

Diseño: estudio observacional transversal.

Emplazamiento: centro de salud de Atención Primaria. San Andrés-El Torcal. Distrito Sanitario Málaga.

Población y muestra: la población total que tiene 65 años o más es 2624. En un barrio con un nivel socio-cultural medio-bajo. La inclusión de los pacientes al estudio tuvo lugar previo consentimiento informado escrito.

Se incluyeron aquellos pacientes con edad mayor a 65 años, que tuvieran prescritos más de 5 fármacos.

Se recogieron todos los medicamentos prescritos. Se excluyeron a aquellos que presentaron gran deterioro cognitivo.

Intervenciones: se analizaron las variables por SPSS 15.0.

Resultados: de 100 pacientes se obtiene:

La edad media es de 75 años (+ 6.8 años), IC 95% (73.8-76.5 años).

Un 63% a mujeres y un 37 % hombres.

La enfermedad más frecuente es la hipertensión arterial 77%, diabetes mellitus tipo 2 38%, Dislipemia 36%, obesidad 33% y enfermedad obstructiva crónica 14%.

El número medio de fármacos es de 10.8/día.

Medicación inapropiada según criterios de Beers: 40 % de pacientes tienen prescrito al menos un medicamento inadecuado IC al 95% (30.6%-49.3%); 24% incumplen en 2 medicamentos, IC al 95% (15.8%-32.1%), 4% tienen prescrito 3 fármacos inadecuados.

Medicamentos prescritos inadecuados: Benzodiazepinas de vida media no corta (28%),doxazosina (15%), antihistamínicos (9%), antiespasmódicos (5%), antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) de vida media larga (4%), fluoxetina (4%), benzodiazepinas de vida media corta (3%), amiodarona (3%), indometacina (3%), sulfato ferroso (1%).

Conclusiones: 40% tienen prescrito al menos 1 fármaco inapropiado. El 24% 2 prescripciones inapropiadas.

Las Benzodiazepinas de vida media no corta son el grupo farmacológico mayoritariamente responsable de estas prescripciones inapropiadas, seguido de Doxazosina y antihistamínicos.

Palabras Clave: Inappropriate medication in elderly.

COMUNICACIÓN ORAL

Factores de riesgo asociados a un mayor número de ingresos por descompensación en pacientes con insuficiencia cardiaca

Varo Moriana JA¹, Ortega Morales P², Olmedo Macías J³, Martínez del Paramo B⁴, Peña Casas A⁵

¹Médico de Familia. CS Virgen de la Capilla. Jaén

²Médico Residente de Medicina de Familia. CS Virgen de la Capilla. Unidad Docente de Jaén

³Médico Residente de Medicina de Familia. CS el Valle. Unidad Docente de Jaén

⁴Médico de Familia. CS el Valle. Unidad Docente de Jaén

⁵Análisis clínicos. Hospital de Jaén

Título: Factores de riesgo asociados a un mayor número de ingresos por descompensación en pacientes con insuficiencia cardiaca.

Objetivo: conocer los factores de riesgo relacionados con una mayor existencia de ingresos hospitalarios en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC).

Diseño: estudio observacional (caso-control).

Emplazamiento: tres Zonas Básicas de Salud urbanas.

Población y muestra: muestreo aleatorio simple de pacientes incluidos en el Proceso Asistencial IC. Casos: pacientes con ingreso hospitalario durante el año 2010 por descompensación cardíaca. Exclusión: IC>10 años de evolución, secundaria/reversible, valvulopatía grave, cor pulmonale crónico, enfermedad terminal. Tamaño muestral 367 pacientes (50% en cada grupo; nivel de significación 95%, confianza 95%, prevalencia 7%).

Intervenciones: se recoge de la historia digital/hospitalaria la existencia de ingreso hospitalario (variable dependiente), variables sociodemográficas (edad, sexo), clínicas (grado de IC, factores de riesgo cardiovascular, otras enfermedades crónicas, hábitos tóxicos) y valores analíticos (perfil de IC, HTA y lipídico). Se obtuvo aprobación del CEIC y se garantiza la confidencialidad

de los datos recogidos. Se relacionan las variables mediante un análisis bivariante y multivariante (regresión logística).

Resultados: 337 pacientes (ingreso hospitalario 52%), edad media 78,56 años ($\pm 9,27$), 54% mujeres. Los factores más prevalentes relacionados con el ingreso en el análisis bivariante son: tabaquismo (+15%; $p=0,021$ X²), Diabetes Mellitus (+12%; $p=0,05$ X²), EPOC (+19%; $p=0,001$ X²), uso de diuréticos (+30%; $p=0,001$ X²) y de digoxina (+21%; $p=0,001$ X²) y ser polimedicado (+37%; $p=0,001$ X²). El número de consultas en Atención Primaria es superior ($10,0 \pm 7,7$ vs $6,0 \pm 5,7$), de forma no significativa. En el modelo multivariante destacan como factores relacionados con el ingreso hospitalario: sexo mujer (OR 22; IC95% [3-169]), dislipemia (OR 7,9; IC95% [1,1-56]), ser polimedicado (OR 6,6; IC95% [1,2-35]), nivel de creatinina (OR 45; IC95% [2,7-752]); como factores protectores destaca la toma de ARAII (OR 0,1; IC95% [0,01-0,9]) y posiblemente cumplir las normas dietéticas (OR 0,09; IC95% [0,015-59]).

Conclusiones: la valoración de las variables relacionadas con el ingreso hospitalario en pacientes con IC facilitaría una mayor eficiencia al prevenir los ingresos hospitalarios, mejorando la calidad de vida.

Palabras Clave: insuficiencia cardiaca (Heart Failure), riesgo cardiovascular (cardiovascular risk), ingreso (admission).

COMUNICACIÓN ORAL

Adecuación del tratamiento farmacológico en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

López Ríos C¹, Vega Jiménez A¹, Figares Montes C¹, Vilchez Jaimez M¹, Bujalance Zafra M², Dominguez Santaella M²

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS Victoria. Málaga

²Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

Título: Adecuación del tratamiento farmacológico en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Objetivo: describir el tratamiento farmacológico de los pacientes diagnosticados de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y analizar su adecuación a las recomendaciones actuales.

Diseño: descriptivo transversal, auditoría interna. Ámbito: CS urbano. Población: pacientes incluidos en PAI-EPOC. Criterios de selección: muestreo aleatorio sistemático. Tamaño muestral: 10% pacientes diagnosticados.

Emplazamiento: centro de salud urbano. Población: pacientes incluidos en PAI-EPOC.

Población y muestra: CS urbano. Población: pacientes incluidos en PAI-EPOC. Pacientes en PAI EPOC 463. Muestra: 46.

Intervenciones: variables: Sociodemográficas (edad, sexo), Clínicas (gravedad según Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2011, registro de síntomas, exacerbaciones) y tratamiento farmacológico. Análisis estadístico. Descriptivo, análisis de contingencia con recomendaciones GOLD 2011.

Resultados: clínicos: Estadio GOLD: leve 17.4%, moderado 17.4%, grave 15.2%, muy grave 0%, Sin datos 50%. Registro de exacerbaciones: 16 pacientes (34.8%). Grupos farmacológicos: los grupos más empleados: beta-2 de larga duración BDLD (30.4%) y corticoides inhalados CI (26%). Adecuación del tratamiento:

-A la gravedad (GOLD): Registro en el 50% de pacientes. Adecuado en 13 (28,2%). Infratratados el 8,7%, en EPOC moderado y grave. Sobretratados en el 10,8% en EPOC leve.

- Al perfil de exacerbaciones. Registro de exacerbaciones en 16 pacientes de los cuales 9 tiene tratamiento con corticoides inhalados.

-Al nivel de síntomas. Falta registro.

Conclusiones: el seguimiento de las recomendaciones terapéuticas de las guías actuales es bajo. En la inadecuación se detecta infratratamiento en estadio moderado y grave y sobretratamiento en estadio leve. Es preciso mejorar el registro de la información necesaria como la gravedad, el nivel de síntomas y el número de exacerbaciones para evaluar correctamente la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes EPOC.

Palabras Clave: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), drug therapy, quality health care.

COMUNICACIÓN ORAL

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

Cueto Camarero M^aM¹, Delgado Mediano C², Guzmán Ruiz M², Estrella Santos P³, Álvarez Nieto C³, Pérez Milena A¹

¹Médico de Familia. CS Valle. Jaén

²Médico Residente de Medicina de Familia. CS Valle. Jaén

³Facultad Ciencias Salud. Universidad de Jaén

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

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

Diseño: metodología cualitativa con método interpretativo.

Emplazamiento: Instituto de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato de una zona urbana.

Población y muestra: adolescentes escolarizados y familiares que elaboren la comida.

Intervenciones: entrevista grupal (técnica: grupo de discusión, 45-60 minutos) por nivel educativo, registrados mediante videograbación. Entrevistas en profundidad para los familiares. Muestreo intencional; criterios de homogeneidad: curso escolar; de heterogeneidad: sexo, peso, sospecha de trastorno de conducta alimentaria [TCA] (test EAT26). Análisis: codificación, triangulación de categorías, obtención/verificación de resultados.

Resultados: 58 adolescentes (6 grupos; 15,3años [$\pm 0,4$]; 50% hombres), 18 madres (4 grupos, 3 individuales). La madre es figura esencial (planning/compra/prepara los alimentos), enseña

a comer pero no tiene ayuda para el trabajo de cocina. En general la calidad/cantidad de la comida es buena/muy buena con alimentación variada, aunque se comprueban dietas repetitivas (por falta de tiempo). Se rechazan alimentos por sabor/olor/textura (verduras) con castigos y engaños en los pequeños (sobre todo en sospecha TCA) y “negociar otros alimentos” en mayores según humor paterno/materno. Hay 4-5 comidas diarias: almuerzo muy copioso y reunión familiar central (aunque con la televisión encendida), duración media hora; desayuno pobre y recreos/meriendas con bocadillos de embutidos y bollería. 1-2 piezas de fruta y menos de 1 litro de leche diario. Se pican alimentos calóricos en cualquier momento y chucherías a escondidas (accesibles en el instituto). Toman en la calle comida rápida e hipercalórica con los amigos. La imagen corporal limita la ingesta en mujeres adolescentes (con sobrepeso/delgadez) y adolescentes con actividad deportiva intensa.

Conclusiones: la mejora en los hábitos nutricionales debe incorporar las vivencias/creencias de los propios adolescentes para motivar su participación en el diseño y realización de la dieta del hogar. Es fundamental involucrar a las madres como principales líderes familiares.

Palabras Clave: adolescencia (Adolescence), nutrición (Nutrition), estudio cualitativo (Qualitative study).

COMUNICACIÓN ORAL

Tabaquismo en la adolescencia

Zarco Manjavacas J¹, Cervilla Suárez F¹, García Paine J², Herrera Moreno C³, Paz Galiana J⁴, Ruiz Álvarez C⁴

¹Médico de Residente 1^{er} año de Medicina de Familia. CS El Palo. Málaga

²Médico de Residente 4^o año de Medicina de Familia. CS El Palo. Málaga

³Médico de Residente 2^o año de Medicina de Familia. CS El Palo. Málaga

⁴Médico de Residente 3^{er} año de Medicina de Familia. CS El Palo. Málaga

Título: Tabaquismo en la adolescencia.

Objetivo: estudiar el hábito tabáquico existente en adolescentes y los niveles que presentan en las cooximetrías practicadas durante charlas y actividades divulgativas en centros educativos.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: tres institutos de la zona urbana de un centro de salud.

Población y muestra: muestra no aleatoria de adolescentes (12-19 años) que se realizan cooximetrías en mesas informativas y charlas realizadas por profesionales del centro de salud en su centro educativo durante la celebración del Día Mundial Sin Tabaco en los años 2011 y 2012.

Intervenciones: 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 221 adolescentes alumnos de secundaria y bachillerato, edad media fue de 15.37 años + (1.7) de los cuales el 60.2% fueron hombres y el 39.2% mujeres. El 47.5% son fumadores con un consumo medio de 7.5 cigarros al día. Nivel medio CO fue de 6.31 partes por millón (ppm) en los fumadores y de 1.66 ppm en los no fumadores siendo esta diferencia estadísticamente significativa. El 21.3% de los adolescentes tenían CO $\geq$ 6ppm (41% de los fumadores y 3.4% de los no fumadores). Un 12.7% de adolescentes tienen valores $\geq$ 10 ppm, un 5.4% con valores $\geq$ 15 ppm y un 2% con valores $\geq$ 20 ppm. En fumadores, no existen diferencias significativas entre los valores medios de cooximetrías según las edades ni entre hombres (6.53 ppm) y mujeres (6.11 ppm).

Conclusiones: de los adolescentes que participaron en las actividades, el 47.5% eran fumadores, presentando este grupo valores significativamente mayores de niveles de CO en las cooximetrías.

Palabras Clave: tabaco (tobacco), cooximetría (cooximetry), Atención Primaria (primary health care), adolescencia (adolescence).

COMUNICACIÓN ORAL

Seguimiento de la calidad del proceso EPOC

Sánchez Linares L¹, Dominguez Santaella M², Fernández Vargas A², Vega Jiménez A¹, Figares Montes C¹, Quesada Fernández M¹

¹Médico Residente. CS Victoria. Málaga

²Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

Título: Seguimiento de la calidad del proceso EPOC.

Objetivo: describir la evolución de la calidad del Proceso Asistencial EPOC (PAI-EPOC) en nuestro Centro de Salud (CS). Identificar áreas de mejora.

Diseño: estudio descriptivo longitudinal. Auditoría interna, 4 evaluaciones.

Emplazamiento: CS urbano. Periodo estudiado: 2007-2011. Población estimada EPOC 1084 pacientes.

Población y muestra: pacientes incluidos en PAI-EPOC. Criterios de selección: muestreo aleatorio sistemático. Tamaño muestral: 10% pacientes incluidos. Variables: 8 de los 28 indicadores del proceso: 6 de proceso y 2 de resultados. Métodos de evaluación: cumplimiento registrado del criterio en historia clínica digital. Análisis estadístico descriptivo.

Intervenciones: se realizaron intervenciones de mejora (informativas, normativas, formativas, organizativas,...) entre las evaluaciones.

Resultados: se presentan los datos de cuatro evaluaciones (septiembre-2007, marzo-2009,

enero-2011, diciembre-2011). Pacientes incluidos en PAI EPOC osciló entre 345 y 463. El tamaño muestral fue de 34, 47, 54 y 46. Captación: El número de pacientes incluidos en el proceso aumentó de 345 a 463. Cumplimiento de indicadores: Aumento de los indicadores de proceso: Diagnóstico correcto: 6.1% al 56.5%, registro hábito tabáquico: 12.1% al 56.5%; espirometría anual de 36.4% a 60.8% y bianual 73.9%, registro grado EPOC: 15.2% al 60.8% y vacunación antigripal anual: 36.4% al 45.6%. El registro de reagudizaciones se mantiene (30.3%-34.7%) y los ingresos hospitalarios varían (6.1%, 27.6%, 3.7% y 4.3%).

Conclusiones: el aumento de los pacientes captados y el nivel de cumplimiento de indicadores como "Diagnóstico correcto" y "Grado de EPOC" suponen notables mejoras en la implantación del proceso. Indicadores a mejorar: "Vacunación Antigripal Anual", registro de "Reagudizaciones" e "ingresos hospitalarios". La calidad global del Proceso EPOC ha aumentado durante el periodo estudiado. Es preciso mantener el esfuerzo de captación y el cumplimiento y registro de los principales indicadores de calidad del PAI-EPOC.

Palabras Clave: Quality health care (calidad asistencial), COPD diagnosis (diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica), Spirometry (espirometría).

COMUNICACIÓN ORAL

Enfermedades frecuentes en Atención Primaria

González Bejines V¹, Aires Eslava E¹, Lario Fernández M², Berenguer Froehner C³, Sabia Mantecón Y¹, González Barbero E²

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS Utrera Sur. Sevilla

²Médico de Familia. CS Utrera Sur. Sevilla

³Farmacéutica. Distrito Atención Primaria. Sevilla Sur

Título: Enfermedades frecuentes en Atención Primaria.

Objetivo: difundir conocimientos actualizados en patología prevalentes y habilidades en la práctica clínica sin pertenecer a grupos de trabajo de ninguna sociedad científica y sin currículo relevante.

Diseño: observacional.

Emplazamiento: Distrito de Atención Primaria Sevilla Sur. Años 2007 a 2012.

Población y muestra:

Población: médicos de familia y médicos internos residentes de todo el territorio nacional.

Muestra: médicos de familia e internos residentes del distrito Atención Primaria Sevilla Sur.

Intervenciones: publicaciones en varios formatos:

1) Intranet o Web corporativa de temas concretos aislados (2008 a 2012).

2) Publicación en papel, edición limitada a los médicos del Distrito de Atención Primaria Sevilla Sur en 2010.

3) Edición en papel y e-book, edición ilimitada en todo el territorio nacional en 2012 a través de la editorial bubok.

Resultados: la información médica ha llegado a todos los Centros de Salud del Distrito Sevilla Sur en un porcentaje superior al 70% de los médicos de familia/MIR.

Esperamos una difusión en el territorio nacional de al menos el 5% en los próximos 6 meses.

Conclusiones: es factible publicar literatura médica sin grandes requisitos a priori y sin necesidad de financiación. Con las nuevas tecnologías y las editoriales virtuales el éxito dependerá básicamente de la calidad del trabajo publicado. Es una buena forma de comenzar para autores o grupos de trabajo noveles.

Palabras Clave: Disease (enfermedad), publications (publicaciones), aptitude (habilidad).

COMUNICACIÓN ORAL

Valoración de conocimientos, hábitos alimentarios y sedentarismo en embarazadas

Jiménez Lorente C¹, Ventura Ventura M², De la Torre Marín A², Méndez Montes S³, Turnes González A⁴, Carreño Medina D²

¹Médico de Familia. CS Zaidín-Sur. Granada

²Médico Residente de 2º año de Medicina de Familia. CS Zaidín-Sur. Granada

³Médico Residente de 4º año de Medicina de Familia. CS Zaidín-Sur. Granada

⁴Médico Residente de 1º año de Medicina de Familia. CS Zaidín-Sur. Granada

Título: Valoración de conocimientos, hábitos alimentarios y sedentarismo en embarazadas.

Objetivo: evaluar conocimientos, hábitos alimentarios, sobrepeso y obesidad, valoración sociodemográfica, adherencia a la dieta mediterránea (DM), sedentarismo al comienzo del embarazo en mujeres de educación maternal.

Diseño: estudio transversal y descriptivo. Análisis univariante en paquete SPSS 20.

Emplazamiento: Atención Primaria. Multicéntrico.

Población y muestra: 64 embarazadas de varios Distritos Sanitarios de una Provincia.

Intervenciones: encuesta anónima autocumplimentada validada, que explora adherencia a Dieta Mediterránea (PREDIMED). Test de HULBERT. Test de conocimientos, tipo de consejos recibidos, datos antropométricos y sociodemográficos.

Resultados: edad media 32 años, 38% primíparas. Formación universitaria 67%, sobrepeso y obesidad 24%. Adherencia a DM moderada 50%.

Consumo de verduras, frutas y legumbres insuficientes en el 24%, 39% y 48% respectivamente. El 61% hace menos de 5 comidas.

El 50% debe hacer cambios importantes en su forma física. El 94% recibe consejo dietético, 43% del Médico de Familia y 62% de la Matrona, en el 70% consejo dietético breve. No reciben consejo sobre consumo de pescado grande el 52%.

Test de conocimientos: el 72% no sabe dónde se encuentran los hidratos de carbono, el 43% las grasas y el 53% los proteínas.

Conclusiones: la mayoría de las embarazadas son jóvenes, con estudios universitarios y un nivel de obesidad y sobrepeso similar al resto de la población. Bajo consumo de frutas, verduras y legumbres. Necesitan mejorar su forma física. La mayoría recibe consejo nutricional breve. Menos de la mitad realizan al menos cinco comidas. A pesar del alto nivel académico, escaso conocimiento sobre alimentación.

Palabras Clave: conocimientos (Knowledge), hábitos alimentarios (Feeding Habits), ejercicio físico (Exercise), embarazadas (Pregnants).

COMUNICACIÓN ORAL

Consumo de tóxicos en adolescentes

León Arévalo I¹, Pardo Álvarez J², García Quintana J³, Denche Gil P¹, Zavala Díaz S¹, Gómez Rosa F¹

¹Médico Residente MFyC. CS el Torrejón. Huelva

²Médico de Familia. CS el Torrejón. Huelva

³Trabajadora Social. CS el Torrejón. Huelva

Título: Consumo de tóxicos en adolescentes.

Objetivo: conocer qué tipo de tóxicos consumen. Valorar la edad de inicio, frecuencia y pauta de consumo. Analizar las características de los consumidores así como la presencia de consumo familiar.

Diseño: estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: centros de enseñanza secundaria de zona urbana.

Población y muestra: muestra de 200 adolescentes entre 13-17 años.

Intervenciones: encuesta estructurada respecto a consumo de tabaco, alcohol y drogas. Edad de inicio del consumo. Cantidad consumida. Pauta de consumo. Encuesta pilotada en 25 adolescentes sometida a prueba de jueces. Variables cualitativas frecuencias y para relación Chi cuadrado.

Resultados: hombres 53,3% y mujeres 46,7%. Edad media 14,08 (dt 1,052). Fuman 8%. Menos de 10 cigarrillos/día 94,5% y más de 20 4,8%. Edad

de inicio a los 12-13 años 47,8% y a los 8-9 años 26%. 50% fumadores por sexo. En sus familias no fuma nadie 32,8%, padre fumador 22,7% y madre 11,7%. Más de 2 consumidores familiares 19,6%. Beben alcohol 27,8%. Comenzando a edad de 12-13 58,2%. Cerveza consume 9%, vino 9% y combinados 81%. Más de 3 combinados por semana 37,8%. Hombres son el 65% de los que consumen alcohol. Consumo de fin de semana 98%. Se han emborrachado alguna vez 16,3%. Han consumido drogas alguna vez un 4% siendo en el 90% porros. Fuman y beben 23%.

Conclusiones: inicio de consumo más precoz de tabaco. Con bajo consumo de tabaco respecto al de alcohol. No diferencia de sexo entre fumadores, sí en alcohol mayor en hombres. Consumo de alcohol frecuente a expensas de combinados y consumo de fin de semana. Escaso consumo de drogas y la más consumida: porros. Alto consumo de varios tóxicos.

Palabras Clave: adolescentes (Adolescent), uso de drogas (Drugs utilization), hábitos de consumo (Consumption habits).

COMUNICACIÓN ORAL

Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas de los especialistas internos residentes en Andalucía y su relación con el consejo clínico

Valverde Bolívar F¹, Pérez Milena A², Juárez Jiménez M², García Ballesteros J³, Moreno Corredor A¹

¹Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia Jaén

²Médico de Familia. UGC El Valle. Jaén

³Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Bailén. Jaén

Título: Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas de los especialistas internos residentes en Andalucía y su relación con el consejo clínico.

Objetivo: describir los hábitos de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales de los especialistas internos residentes (EIR) de Andalucía y su relación con el consejo clínico.

Diseño: estudio multicéntrico transversal mediante cuestionario.

Emplazamiento: centros sanitarios docentes de Andalucía (34 hospitales, 156 centros de salud).

Población y muestra: todos los EIR de Andalucía.

Intervenciones: cuestionario autoadministrado (e-mail) recogiendo edad/sexo, especialidad, país, consumo cualitativo/cuantitativo de alcohol/tabaco/drogas, edad de inicio/abandono, Fagerström, consejos contra el consumo en consulta. Análisis descriptivo, y multivariante para el consejo.

Resultados: 2667 EIR (62,8% total). Edad media 29,1 años ($\pm 5,2$), 68% mujeres, 14% extranjeros, 90% médicos. Sin diferencias por edad/país. Un 15% no consumen nada (más en mujeres/enfermería, $p < 0,01$ X²). Tabaco: 17% fuman (4% más los varones, $p < 0,05$ X²) ($7,6 \pm 7,2$ cigarrillos/día; inicio: $17,4 \pm 3,4$ años). 7% son exfumadores (abandono: $27,6 \pm 6,0$ años). Predomina consumo

diario (53%) con dependencia baja (82%). 51% han intentado dejar de fumar ($3,3 \pm 3,2$ veces): 52% precontemplación, 38% contemplación, 10% preparación. Alcohol: 82% consumen (inicio: $16,4 \pm 2,3$ años, ingesta semanal $8,1 \pm 5,4$ UBE [cerveza $3,7 \pm 3,3$ UBE; vino $1,9 \pm 1,4$ UBE; cubatas $2,1 \pm 1,9$ UBE], superior en hombres y especialidades médicas hospitalarias [$p < 0,05$ X²]), 78% consumo ocasional y 19% fin de semana. 37% adopta patrón binge-drinking (hombres 43%; mujeres 35%; $p = 0,005$ X²). Las intoxicaciones agudas (3% último mes, 9% último año) son más frecuentes en hombres ($p < 0,01$ X²). Drogas: 9% consumen drogas ilegales (34% cannabis, 8% ansiolíticos, 2% drogas de diseño), ocasional 94%, diariamente 4%. Consejo: 25% refieren aconsejar pocas veces/nunca sobre tabaco, 41% sobre alcohol, 53% sobre drogas ilegales ($p < 0,05$ X²). Regresión logística multivariante, la frecuencia del consejo se relaciona con la edad de inicio del consumo.

Conclusiones: el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales es inferior a la población general, pero con un elevado consumo de alcohol tipo binge-drinking. El consejo sanitario es escaso y se relaciona con la edad de inicio del consumo.

Palabras Clave: internado y residencia (Internship and residency), internado no médico (internship nonmedical), alcohol (alcohol), tabaquismo (smoking), droga ilegal (street drug), consejo dirigido (directive counseling).

COMUNICACIÓN ORAL

Prevalencia del uso prolongado de AINEs y la coexistencia de enfermedades crónicas que los contraindican en Atención Primaria

Aguilera Luna A¹, Pérez Verdugo J¹, Cantero Quirós M¹, Casado Martín M¹; Fernández Urrusuno R², Pascual de la Pisa B³

¹Médico de Familia. UGC Camas (Sevilla)

²Farmaceútica. Distrito Sanitario de Aljarafe. Sevilla;

³Médico de Familia. Distrito Sanitario de Aljarafe. Sevilla

Título: Prevalencia del uso prolongado de AINEs y la coexistencia de enfermedades crónicas que los contraindican en Atención Primaria.

Objetivo: conocer la prevalencia de prescripción de AINEs y la presencia de enfermedades crónicas (la hipertensión arterial (HTA), diabetes (DM), insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebrovascular, cardiopatía isquémica e insuficiencia renal crónica) y de fármacos que interaccionan con AINEs.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: multicéntrico en Atención Primaria.

Población y muestra: sujetos con prescripción superior a 60 días de AINEs por RXXI entre Septiembre 2011-Febrero 2012.

Tamaño muestral: 725 (p=75%; IC=95%; precisión=2.5%).

Muestreo sistemático estratificado por médico.

Variables: edad, género, presencia HTA, DM2, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebrovascular, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal crónica y patología osteoarticular. Tipo de AINE y duración de tratamiento. Tratamiento con diuréticos, IECAs, antiagregantes, y anticoagulantes.

Fuente de datos: FARMA e historia clínica.

Análisis estadístico: univariante y bivalente.

Intervenciones: no.

Resultados: la prevalencia de prescripción de AINEs fue del 5.74%. Se auditaron 748 historias clínicas (70.2% mujeres). La edad media fue 60,65 años (IC 95% 59,59-61,70). El 71,7% presentó enfermedad osteoarticular, 38,8% de HTA, 16,4% DM2, 3,7% insuficiencia cardiaca y 3,3% cardiopatía isquémica. Ibuprofeno fue el AINE más prescrito (45.5%) de forma independiente a las patologías analizadas. Duración media del tratamiento 128,18 (rango 1-365 días) sin diferencias por edad. No se localizó ninguna hoja de seguimiento o diagnóstico en la hoja de problemas con el motivo que generaba la prescripción en 66,9%. Medicación concomitante de riesgo: 23,5% diuréticos, 16% IECAs, 13,9% antiagregantes, 0,9% anticoagulantes. Naproxeno fue prescrito en el 1.7% de los pacientes con HTA y 3,3% de DM2.

Conclusiones: los resultados encontrados coinciden con la literatura. La no existencia de tratamiento curativo en la mayoría de las enfermedades osteoarticulares hace de los AINEs una herramienta indispensable para el tratamiento sintomático. Sin embargo, sería conveniente revisar y reducir la prescripción crónica de AINEs, sobre todo en pacientes con riesgo cardiovascular e informar de los riesgos asumidos.

Palabras Clave: Non-steroidal anti-inflammatory (antiinflamatorio no esteroideo), cardiovascular disease (enfermedad cardiovascular), Primary Health Care (Atención Primaria de Salud).

COMUNICACIÓN ORAL

Demanda asistencial médica de carácter urgente sin cita previa en centros de salud urbanos y rurales

Juárez Jiménez M¹, Martos Bares I¹, Morales Prieto C¹, Pérez Puertas M², Moreno Moreno B³, Pérez Milena A⁴

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS El Valle. Jaén

²Médico Residente de Medicina de Familia. Úbeda (Jaén)

³Médico Residente de Medicina de Familia. Jaén

⁴Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

Título: Demanda asistencial médica de carácter urgente sin cita previa en centros de salud urbanos y rurales.

Objetivo: conocer características de pacientes que demandan asistencia médica de forma urgente sin cita previa y motivos de consulta.

Diseño: estudio descriptivo trasversal.

Emplazamiento: un centro de salud urbano y dos rurales.

Población y muestra: todos los pacientes que acuden sin cita a 18 consultas médicas la primera semana de marzo de 2012.

Intervenciones: revisión de las agendas de los centros y las historias clínicas (Diraya), recogiendo día y hora de la consulta, valoración en admisión, médico que lo atiende y perfil del paciente (edad, sexo, frecuentación, número de enfermedades crónicas, número de fármacos que toma).

Resultados: se valoran 351 pacientes (73% zona urbana), un 21% más de pacientes sobre la agenda ofertada. Edad media 50,4 años ($\pm 20,4$) y 58% mujeres. Hay más pensionistas en zona

rural (62%-50%, $p=0,026$ test X^2). Acuden por la mañana (83%), preferentemente jueves (22%) y viernes (24%) en zona urbana, y lunes (24%) en rural. Gran variabilidad entre facultativos para los días con mayor número de pacientes sin cita ($p=0,02$ test X^2) y la distribución horaria ($p<0,001$ test X^2), aunque hay dos picos: 12-13 horas y 18-19 horas. Un 8% son valorados en admisión y mayoritariamente vistos por su médico de cupo (73% rural, 93% urbana, $p<0,001$ test X^2). Los motivos de consulta varían: patología banal (38%) y revisiones (12%) en medio urbano, y recetas (34%) en rural ($p=0,003$ test X^2). Los pacientes del medio urbano son más frecuentadores ($8,9 \pm 6,5$ visitas/año previo frente a $5,9 \pm 4,3$, $p<0,001$ test t-Student).

Conclusiones: la demanda sin cita es elevada y no justificada por motivos médicos. Los pacientes acuden directamente a "la puerta del médico" sin otros circuitos previos que racionalicen la demanda. Hay importantes diferencias entre zonas y entre facultativos, lo que debería corregirse con normas similares para todos los centros.

Palabras Clave: Demand for care (demanda asistencial), primary care (Atención Primaria), consultation without appointment (consulta sin cita).

COMUNICACIÓN ORAL

Manejo de la fibrilación auricular (perspectiva desde un centro de salud urbano)

Rodríguez Rodríguez M¹, Gil Cañete A², Ortega Losada C³, Sánchez León C³, Ortega Blanco J², Mora Moreno F¹

¹Médico de Familia. Distrito Sanitario Huelva-Costa. Huelva

²Médico de Familia. CS Molino de la Vega. Huelva

³Médico Residente de 4º año de Medicina de Familia. CS Molino de la Vega. Huelva

Título: Manejo de la fibrilación auricular (perspectiva desde un centro de salud urbano).

Objetivo: conocer la adecuación del tratamiento antitrombótico en pacientes con fibrilación auricular a las directrices de la guía Europea de Cardiología.

Diseño: estudio observacional, descriptivo, transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: pacientes incluidos en programa CARDIO y PAI insuficiencia cardiaca con diagnóstico de fibrilación auricular y código CIE-9 423.3. Se obtuvo una muestra de 184 pacientes.

Intervenciones: se establecieron tres categorías (idóneo, aceptable e inaceptable). Se analizaron los datos mediante estadística descriptiva, en el análisis inferencial se aplicó ANOVA de contrastes polinómicos para comparación de medias y la Chi cuadrado de tendencia lineal para la comparación de variables cualitativas. Se aplicaron intervalos de confianza al 95%.

Resultados: 51,6% mujeres, edad media 74,9, El 79,3% hipertensos, el 38,6% diabéticos, el 12,5%

tenían un ACV, el 32,6% insuficiencia cardiaca. Tenían registrado un electrocardiograma el 20,7% y una ecocardiografía el 26,6%. El porcentaje de tratamiento antitrombótico fue del 58,6% anticoagulados y 22,7% antiagregados. El 8,7% no recibían tratamiento antitrombótico y el resto se trataban con anticoagulantes y antiagregantes simultáneamente.

El 79,9% de los pacientes obtuvieron una puntuación en CHADS2 > 2, el 59,78% (IC 32,57-66,69%) de pacientes se trataban de forma idónea, el 13,59% (IC 9,19-19,21%) aceptables y el 26,65% (IC 20,02-33,37%) inaceptable.

Hubo relación estadísticamente significativa entre la edad y la adecuación del tratamiento antitrombótico, obteniéndose una $p = 0,021$.

Conclusiones: hay un porcentaje importante de inadecuación del tratamiento, La edad y el registro de la ecocardiografía en la Hª clínica son factores que influyen en la adecuación del tratamiento antitrombótico. El seguimiento por parte de diferentes especialidades no influye en la adecuación del tratamiento antitrombótico.

Palabras Clave: fibrilación auricular, tratamiento antitrombótico, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN ORAL

Utilidad del cuestionario COPD-PS en el diagnóstico precoz de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Quesada Fernández T¹, Fernández-Figares Montes C¹, Sánchez Gaudens P², Vega Jiménez A¹, Román Cereto M², Domínguez Santaella M³

¹Médico residente de Medicina de Familia. CS Victoria. Unidad Docente de Málaga

²Enfermera. CS Victoria. Málaga

³Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

Título: Utilidad del cuestionario COPD-PS en el diagnóstico precoz de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Objetivo: evaluar la utilidad del cuestionario COPD-PS en la consulta de Atención Primaria como herramienta de despistaje de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Mejorar el uso de la espirometría.

Diseño: estudio descriptivo, sin aleatorización, serie de casos.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: pacientes con una espirometría solicitada durante el periodo de estudio, sin muestreo, reclutamiento consecutivo.

Intervenciones: consentimiento informado; aplicación del cuestionario COPD-PS. Análisis de contingencia: Análisis de concordancia de los resultados del cuestionario y la espirometría. Análisis de efectividad y rentabilidad diagnóstica del cuestionario y la espirometría.

Resultados: se reclutaron 59 pacientes de los 81 inicialmente citados. El motivo de solicitud más

frecuente de la espirometría es el diagnóstico inicial de la EPOC (38.5 %). El cuestionario fue positivo en el 76.6% de ellos. El 23.9% de los pacientes con el cuestionario positivo confirmaron un patrón obstructivo en la espirometría. Ninguno de los pacientes con resultado negativo en el test presentaron un patrón obstructivo en la espirometría. La realización del cuestionario disminuyó el número de espirometrías necesarias para obtener un caso patológico (Número Necesario para Diagnosticar (NND)) de 5.45 a 4.18.

Conclusiones: el uso del cuestionario COPD-PS en la consulta de Atención Primaria permite seleccionar los pacientes de mayor riesgo de padecer EPOC e indicar la espirometría con mayor precisión diagnóstica. La incorporación de esta herramienta puede mejorar la rentabilidad diagnóstica de las espirometrías y aumentar la captación de los pacientes con EPOC. Se propone incorporar el cuestionario en el protocolo de diagnóstico precoz de la EPOC.

Palabras Clave: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), early diagnosis, questionnaires.

COMUNICACIÓN ORAL

Satisfacción del usuario con los servicios de urgencias hospitalarias del modelo ideal al corroborativo

Cortes Valverde A¹, Jiménez Rodríguez I², Perán Urquizar C³, García López E⁴, García Maturana A⁵, García Tirado M¹

¹Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia de Granada

²Médico Residente de Medicina de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

³Médico Residente de Medicina de Familia. CS Zaidín-Sur. Granada

⁴Médico Residente de Medicina de Familia. CS La Chana. Granada

⁵Médico Residente de Medicina de Familia. CS Huétor Tajar. Granada

Título: Satisfacción del usuario con los servicios de urgencias hospitalarias del modelo ideal al corroborativo.

Objetivo: evaluar la satisfacción de los usuarios con los encuentros clínicos en los servicios de urgencias hospitalarias (SUH). Explorar consistencia con su modelo ideal de buen servicio.

Diseño: descriptivo.

Emplazamiento: multicéntrico. SUH.

Población y muestra: 99 Personas atendidas en dos SUH (nivel de confianza 95%, precisión 10% y porcentaje esperado de satisfacción 50%). Excluyéndose usuarios con dificultades para ser entrevistados. Muestreo consecutivo (5 días al azar / 2 semanas).

Intervenciones: se realizó entrevista al alta hospitalaria mediante cuestionario de 9 ítems (cronbach 71% y factorial con 2 componentes que explicó 55% de la varianza). Valorando: (1) Puntuación al alta del SUH (escala: 1-10), (2) grado de recomendación, (3) satisfacción con solución al problema, procedimientos, tiempo, confortabilidad, intimidad y confianza en médico (escala de 1-5) y pregunta abierta sobre modelo ideal de SUH.

ANÁLISIS. Univariante. Bivariante.

Resultados: 1:2 usuarios son varones, promedio 52,48 años; el 50% de médicos eran adjuntos. La rapidez es priorizada en el ideal de un "buen servicio de urgencias" (60% usuarios), seguida de profesionalidad, medios, limpieza y comodidad.

Tras utilizar el SUH, el 44% de usuarios puntuó su satisfacción global de 9-10 con un promedio de 7.8 puntos (escala de 1-10). El tiempo de estancia y confortabilidad de instalaciones satisfizo al 49% y 53% de usuarios; mientras que la solución al problema y los medios-procedimientos satisfizo a más del 80%; considerando muy alta profesionalidad del médico el 72%.

El tiempo de estancia, confortabilidad, intimidad y solución ofertada al problema mostró relación relevante con el grado de satisfacción global ($p=0,000$); pero no los procedimientos realizados.

Conclusiones: un buen servicio de urgencias precisa rapidez, profesionalidad, medios adecuados y limpieza desde la perspectiva del usuario; mostrando estos elementos relación relevante con la satisfacción tras los encuentros clínicos.

Palabras Clave: Emergency service (servicio de urgencias hospitalarias), Patient satisfaction (satisfacción paciente). Communication (comunicación).

COMUNICACIÓN ORAL

Comunicación médico paciente en servicios de urgencias hospitalarias

García Maturana A¹, Cortes Valverde A², García Tirado M², Jiménez Rodríguez I³, Perán Urquizar C⁴, García López E⁵

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS Huétor Tajar. Granada

²Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia de Granada

³Médico Residente de Medicina de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

⁴Médico Residente de Medicina de Familia. CS Zaidín-Sur. Granada

⁵Médico Residente de Medicina de Familia. CS La Chana. Granada

Resumen: Comunicación médico paciente en servicios de urgencias hospitalarias.

Objetivo: evaluar en los encuentros clínicos de los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) la satisfacción de los usuarios con el médico; y explorar su relación con la comunicación percibida.

Diseño: descriptivo.

Emplazamiento: multicéntrico. SUH públicos de tercer y segundo nivel.

Población y muestra: 100 personas atendidas en dos SUH (nc 95%, precisión 10% y % esperado de satisfacción 50%). Se excluyeron usuarios con dificultades para ser entrevistados. Muestreo consecutivo (5 días al azar de 2 semanas).

Intervenciones: tras el alta del usuario del SUH se realizó entrevista personal mediante cuestionario de 21 ítems que valoró: (1) Valoración del médico (escala 1-10) (2) grado de recomendación (3) satisfacción con solución al problema, procedimientos realizados, trato médico e información ofertada (4) percepción de encuentro centrado en paciente y cualidades del médico. Cronbach 0.89 y factorial con 4 componentes explica 70 % de varianza.

ANÁLISIS: Univariante. Bivariante. Multivariante.

Resultados: 1:2 usuarios son varones con promedio de 52,48 años; el 50% de médicos eran adjuntos y el 60% mujeres. El 74% de usuarios puntuó de forma máxima su satisfacción con el médico (9-10 puntos); afirmando sin ninguna duda que lo recomendarían a otros (62%). Se observó relación significativa y relevante ($p < 0,000$) entre satisfacción con médico y las seis variables de comunicación centrada en paciente (dudas preocupaciones, opiniones y acuerdos). En multivariante se observó relación independiente y significativa ($p < 0,10$) entre valoración del médico y ser adjunto (OR. 14), trato médico (OR 4,4), información dada (OR 4,4) y cualidades comunicacionales del médico.

Conclusiones: la valoración del paciente respecto al médico en los SUH es muy alta; relacionándose con su calidad comunicacional y orientación al paciente; subrayando la relevancia del factor humano y relacional en los servicios sanitarios.

Palabras Clave:

Doctor/patient relationship (relación médico-paciente), Communication (comunicación), Hospital emergency service (servicio de urgencias hospitalarias).

COMUNICACIÓN ORAL

Grado de control de la hipertensión arterial utilizando sucesivas mediciones

Vázquez Martínez de Cisneros G¹, Raya Martínez A², Romero Jiménez M³, Pedregal González M⁴

¹Médico Residente de 2º año de Medicina de Familia. CS Bollullos del Condado. Huelva ²Enfermera. Centro de Salud Bollullos del Condado. Huelva

³Médico Internista. Hospital Infanta Elena. Huelva

⁴Médico de Familia. Técnico Docente de Medicina de Familia. Unidad Docente de Huelva

Título: Grado de control de la hipertensión arterial utilizando sucesivas mediciones

Objetivo: conocer el grado de control de los pacientes hipertensos, utilizando distintas mediciones sucesivas en la consulta.

Diseño: estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: UGC rural.

Población y muestra: 41 Pacientes hipertensos, que tienen seguimiento a través de la consulta de enfermería del Centro de Salud.

Intervenciones: se ha realizado un análisis observacional descriptivo y para la valoración de los datos se ha utilizado el programa SPSS y se ha realizado un análisis de varianza (ANOVA).

Tras 5 Minutos con el paciente sentado, se realizan 2 mediciones de presión arterial con una diferencia de 2 minutos entre ellas, una toma adicional en caso de existir diferencia mayor de 5 mmHg entre ambas. Según criterios de la European Society of Hipertensión.

Extracción de datos del programa Diraya tanto listado de problemas como tratamiento antihi-

pertensivo. También se han recogido otras variables: Edad, sexo, FRCV, Dislipemia, Diabetes y si antihipertensivos (Diuréticos, IECAS, ACA, ARA II, BBLOQ).

Resultados: 41 hipertensos, edad media 67 años (DT 11.66), 61% mujeres, 39% hombres, 63% con al menos un FRCV, 83% con al menos un Antihipertensivo. La media de Presión arterial cuando utilizamos la primera medición fue de 147/87 mmHg; utilizando la media de 1ª y 2ª medición 141/83 mmHg y utilizando la media de 1ª, 2ª y 3ª 135/79 mmHg.

Media TAS1 147.80 mmHg DT 10.371
Media TAS2 141.95 mmHg DT 9.279 P<0'0001
Media TAS3 135.00 mmHg DT 9.487
Media TAD1 87.80 mmHg DT 5.706
Media TAD2 83.05 mmHg DT 6.79 P<0'0001
Media TAD3 79.51 mmHg DT 7.89

Conclusiones: las mediciones sucesivas en la consulta de enfermería mejora el control de pacientes hipertensos en seguimiento. Por tanto se evitaría, en muchos casos, incrementos de dosis y cambios tanto en número como en calidad de los fármacos.

Palabras Clave: hipertensión arterial. Medidas sucesivas.

COMUNICACIÓN ORAL

Impacto de la vacuna antigripal en las embarazadaslario en edad senil

Abad Sánchez A, Krag Jiménez M, Alarcón Hidalgo M, Mayo Cabeza R, De la Vega García J, Ortiz Leal F

Médico de Familia. CS Fuengirola Oeste. Fuengirola (Málaga)

Título: Impacto de la vacuna antigripal en las embarazadas.

Objetivo:

- Analizar impacto campaña vacunación antigripal en pacientes incluidas programa embarazo.
- Estudiar relación entre prevalencia patología respiratoria previa/vacunación.
- Influencia edad gestacional en adherencia programa vacunación.

Diseño: estudio descriptivo.

Variables observadas: cobertura vacuna antigripal en embarazadas/Cobertura según edad gestacional/Cobertura según cupos médicos/Cobertura según temporalidad de la campaña/Cobertura según patologías asociadas.

Emplazamiento: centro salud urbano.

Población y muestra: embarazadas citadas en proceso embarazo independientemente de su tiempo de gestación, desde comienzo campaña de la gripe hasta la finalización.

Intervenciones:

- Se indicaba vacuna, explicándole que estaban incluidas como grupo riesgo. Había que vacunar independientemente patología de base y tiempo gestacional.
- Entrega P10 para cita en consulta vacunas, se anotaba en hoja consulta y ficha embarazo. Una vez concluido el estudio se pasará una encuesta

validada a las embarazadas que no han querido vacunarse sobre el motivo de dicha decisión.

Resultados:

- Porcentaje embarazadas vacunadas: 35%.No se Vacunaron en 1.trimestre, mayor número en 2.trimestre (65%).
- Meses más impacto: Octubre (41.6%) y Noviembre (25%), coincidiendo con inicio campaña, y repunte en Enero coincidiendo periodo mayor incidencia epidemia.
- Bajo impacto pacientes asmáticas, vacunó una de siete; de 6 embarazadas de riesgo no respiratorio, vacunaron 5. Porcentaje con patología no respiratoria 83%.

Conclusiones

- Mayor impacto durante campaña gripe.
- Como medida correctora en Programa Embarazo, debemos incluir en recomendaciones de la matrona, la vacuna antigripal en 1ªvisita.
- Promover sensibilización de las pacientes con patología respiratoria respecto a vacuna antigripal.
- A pesar de que en años anteriores hubo una gran alarma social con infección virus A, que grandes organismos internacionales y nacionales recomiendan la vacunación y ha demostrado su seguridad y efectividad y es financiada por el Sistema Sanitario, el impacto de esta recomendación no ha sido el esperado.

Palabras Clave: flu vaccine, vaccination, pregnancy.

COMUNICACIÓN ORAL

Neurolépticos y población anciana, ¿cómo los prescribimos?

Ortiz Puertas T¹, López Muñoz C², Márquez López A³

¹Médico Residente. CS Belén y San Roque. Jaén

²Médico Residente. CS Federico del Castillo. Jaén

³Médico Residente. CS San Felipe. Jaén

Título: Neurolépticos y población anciana, ¿cómo los prescribimos?

Objetivo: conocer la prescripción de neurolépticos en la población anciana atendida en Atención Primaria y los efectos secundarios producidos.

Diseño: estudio descriptivo transversal de asociación cruzada.

Emplazamiento: una Zona Básica de Salud (ZBS) de un área urbana que atiende 16.000 habitantes.

Población y muestra: pacientes ≥ 65 años con al menos una visita en Atención Primaria durante el período de estudio. Se eligen todos los ancianos con uso de neurolépticos durante los años 2009-2010.

Intervenciones: se recogen de la historia clínica Diraya: edad, sexo, enfermedades crónicas, uso de neurolépticos (tipo, dosis, motivo de la indicación, facultativo prescriptor, número envases anuales, dosis diaria, tiempo prescripción), interacciones farmacológicas, iatrogenia y control de complicaciones. También se recogió el perfil del médico de familia y el centro de salud de referencia. Análisis estadístico: comprobación de la normalidad de las variables, descripción de los datos, análisis bivariante (X^2 , t-Student).

Resultados: se estudian 60 pacientes, 66.7% mujeres, edad media 81 años (DT 6.4). 77% toman un neuroléptico, 18% dos. El motivo más frecuente de prescripción fue la demencia (52%) seguido de agitación (18%). Los fármacos más empleados fueron haloperidol (30%) con dosis media de 1.98mg/día (± 2.2), quetiapina (23%; 166.9mg/día ± 89.8) y risperidona (21%; 1.7mgr/día ± 1.9). La prescripción fue realizada por neurólogo (43%) y médico de familia (43%). Se produce iatrogenia en el 17% de los casos (50% extrapiramidalismo), con buen control de las complicaciones (83%). No hubo diferencias entre el tipo de neuroléptico y sexo, edad, enfermedad, iatrogenia o control de complicaciones.

Conclusiones: la mayoría de los pacientes toman un solo neuroléptico, debido a la existencia de demencia, indicado por el neurólogo y/o su médico de familia. Tres principios activos (haloperidol, quetiapina y risperidona) suponen las dos terceras partes de las prescripciones. Una décima parte sufre alguna complicación aunque es controlada en su mayoría.

Palabras Clave: Neuroleptic drug (neuroléptico), Elderly (anciano), Primary care (Atención Primaria).

COMUNICACIÓN ORAL

Perfil del paciente que consulta por patología de la mama en Atención Primaria

Vaquero Villar L¹, García Lozano M², Pérez Carretero M², Sebatión Lacave I¹, Bohórquez Colombo P², Pascual de la Pisa B³M³C², Valverde Morillas C²

¹Médico Residente de Medicina de Familia. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

²Médico de Familia. UGC Camas. Sevilla

³Médico de Familia. Unidad de Investigación Distrito Sanitario AP Aljarafe (Sevilla)

Título: Perfil del paciente que consulta por patología de la mama en Atención Primaria.

Objetivo: descripción del perfil del paciente que consulta en Atención Primaria por patología de la mama.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: consultas de medicina familiar y comunitaria en centros de Atención Primaria periurbanos.

Población y muestra: usuarios atendidos por patología de la mama a los que se les ha solicitado estudio de imagen. Muestreo aleatorio simple.

Intervenciones: recogida de datos: auditoría de las peticiones de estudio por imagen de la mama (ecografía, mamografía). Mediciones: edad, sexo, motivo de consulta, exploración, antecedentes personales y familiares, carácter y tipo de la prueba solicitada, diagnóstico. Análisis estadístico: univariante y bivariante según naturaleza de las variables.

Resultados: se auditaron 201 historias clínicas, de las que el 97% correspondían a mujeres. La edad media fue de 44,48 años (IC 95% 42,66 a 46,29). En el 40,8% acudían a consulta para revisión, seguido del 21,4% por dolor. En la exploración se palpo nódulo en el 33,3% y no estaba recogida en el 36,3%. El 34,8% de los pacientes tenía antecedentes de patología benigna. Las peticiones estaban incompletas en el 30,3%. En el 45,5% el diagnóstico fue Birads 2. Existe relación entre el tipo de petición y el diagnóstico.

Conclusiones: es importante una correcta exploración así como una buena historia clínica que nos oriente al diagnóstico de la probable patología mamaria. El ciclo de mejora se basará en el feed-back a los profesionales con formación sobre la patología mamaria y la implantación de herramientas que fomenten la cultura del registro en la historia y en las peticiones de estudio.

Palabras Clave: Mammography (mamografía), mammary carcinoma (cáncer de mama), human mammary glands (mamas).

COMUNICACIÓN ORAL

Inercia terapéutica en pacientes diabéticos tipo 2 seguidos en Atención Primaria

Torrecillas Alamansa S¹, Vallejo Ortiz M², Gómez Otálora E³

¹Médico Residente de Familia. CS Federico del Castillo. Jaén

²Médico de Familia. CS Porcuna. Córdoba

³Médico de Familia. CS de Orcera. Jaén

Título: Inercia terapéutica en pacientes diabéticos tipo 2 seguidos en Atención Primaria.

Objetivo: cuantificar la inercia terapéutica (IT) en pacientes con Diabetes Mellitus 2 (DM2) en Atención Primaria.

Conocer los factores asociados a IT.

Diseño: cohorte histórica.

Emplazamiento: 7 zonas básicas de salud urbanas.

Población y muestra: 361 pacientes DM2 ($\alpha=5\%$, $\beta=10\%$, Prevalencia=6%) seleccionados mediante muestreo aleatorio simple.

Inclusión: diagnóstico según American-Diabetes-Association y evolución ≥ 6 meses.

Exclusión: pacientes terminales, no residentes en las zonas de estudio, historia incompleta, tratamientos que modifiquen el control metabólico.

Intervenciones: los datos fueron recogidos de la historia clínica.

Variables: sociodemográficas, complicaciones, hemoglobina glicosilada (HbA1c), frecuentación, intervenciones, años de evolución, realización o no de autocontroles, médico e IT (numérica y dicotómica). Se realiza un análisis descriptivo y bivariado de los datos y análisis de regresión logística multivariante (IT sí/no).

Resultados: inicialmente 84 pacientes: 57% hombres; edad media 66,4 años ($\pm 11,1$); 7,3 años de evolución de DM2 ($\pm 4,05$); 31% realiza autocontroles; complicaciones: retinopatía 14%, pie diabético 6%, nefropatía 23%, neuropatía 12%, ACV 6%, CI 8%, arteriopatía 4%, hipoglucemias graves 4%; frecuentación: medicina 7 visitas/año (± 4), enfermería 3 visitas/año (± 4). Presentó IT 47,6% de los casos; IT 0,64 ($\pm 0,41$).

Análisis bivariante: presentó mayor porcentaje de IT los pacientes que realizaban autocontroles (73% vs 36%; $p=0,002$: X^2), los pacientes con nefropatía (73% vs 38%; $p=0,07$: X^2), neuropatía (80% vs 42%; $p=0,029$: X^2) y las mujeres (53% vs 44%; $p=0,4$: X^2). Los pacientes que presentaron IT tenían mayor edad media ($67,5 \pm 10,3$ vs $65,45 \pm 1,8$), mayor evolución ($8,1 \pm 4$ vs $7 \pm 3,9$) y mayor número de HbA1c mal controladas ($2,9 \pm 2$ vs $0,4 \pm 0,8$; $p=0,001$: t-student).

En el análisis de regresión logística multivariante la única variable significativa fue la HbA1c mal controlada (OR=3,1; IC95% [1,6-7,1]).

Conclusiones: en este análisis inicial obtuvimos 47% de IT, siendo el mayor número de HbA1c no controladas el factor más influyente. Parece necesario un cambio en la práctica clínica para aumentar el control de los diabéticos.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus (diabetes mellitus), Therapeutic inertia (inercia terapéutica), Primary Care (Atención Primaria).

COMUNICACIÓN ORAL

Vacunación antitetánica tras heridas por mordedura de animal en un servicio de urgencias

Alonso Morales M^aF¹, Fernández-Prada M², Cabrera Castro N², Corma Gómez A², Vargas Martínez J²

¹SCCU Hospital San Cecilio. Granada

²Servicio Preventiva Hospital San Cecilio. Granada

Título: Vacunación antitetánica tras heridas por mordedura de animal en un servicio de urgencias.

Objetivo: conocer la situación vacunal del paciente con heridas por mordedura de animal en el momento de la atención médica y la actitud terapéutica con respecto a la vacunación antitetánica durante el año 2011 en un Servicio de Urgencias.

Diseño: estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento: Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de Hospital.

Población y muestra: pacientes atendidos por mordeduras por animales en el año 2011.

Intervenciones: se recogieron variables relacionadas con situación vacunal y actitud terapéutica vacunal.

Análisis univariante y bivalente mediante SPSS v 18.0.

Resultados: en 2011 se atendieron 77 heridas por mordedura de animal de las cuales el 76.6% fueron por perros y el 16.9% por gatos. El 74% de los accidentados fueron hombres y el 26%

mujeres. La situación VAT de los pacientes era: correcta 33.8%; incorrecta 2.6%; desconocida 7.8% y no consta 55.8%. El 15.6% de las heridas presentaban signos de infección en el momento de la exploración. Al alta se pusieron un total de 22 recuerdos de VAT (28.5%) aunque en la mayoría de los casos (59%) no consta la situación vacunal previa del paciente en la historia clínica. Se administraron 3 recuerdos en personas que referían tener la VAT en regla.

Conclusiones: existe un escaso registro de la situación vacunal en las historias clínicas evaluadas (no consta en 55,8%), aunque al alta se administran numerosas dosis (28,5%) a pesar de desconocer su indicación. Asimismo se administraron 3 recuerdos de VAT en pacientes supuestamente bien vacunados. Planteamos si la calidad de la historia es deficitaria y/o hay un uso inadecuado de la VAT. La VAT es una medida profiláctica y terapéutica de alta eficacia, no exenta de efectos secundarios, que debe ser correctamente recogida en la historia clínica de pacientes con mordeduras de animales y administrada siguiendo las pautas recomendadas por la OMS.

Palabras Clave: inmunización, Vacuna DT, mordeduras y picaduras.

COMUNICACIÓN ORAL

Perfil de los accidentes por mordedura de animal atendidos en el servicio de urgencias hospitalarias

Fernández-Prada M¹, Cabrera Castro N¹, Vargas Martínez J¹, Corma Gómez A¹, Alonso Morales M^aF²

¹Servicio de Preventiva Hospital San Cecilio. Granada

²SCCU Hospital San Cecilio. Granada

Título: Perfil de los accidentes por mordedura de animal atendidos en el servicio de urgencias hospitalarias.

Objetivo: conocer el perfil de los accidentes por mordedura de animal atendidos en 2011 en un Servicio de Urgencias.

Diseño: estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento: Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de Hospital.

Población y muestra: pacientes atendidos por mordedura de animales durante el año 2011.

Intervenciones: se recogieron las variables relacionadas con las características del paciente, del animal, la situación del accidente, la herida y el tratamiento al alta. Se realizó análisis univariante mediante el programa estadístico SPSS v 18.0.

Resultados: el perfil de las heridas por mordedura de animal fue el siguiente: (1) Paciente: varón

de 23 años, español y correcto estado vacunal; (2) Animal: perro con dueño reconocido, pero situación vacunal desconocida por el accidentado; (3) Accidente: segundo trimestre del año y en horario de tarde, provocación previa al animal; (4) Herida: extremidad superior, superficial, menor de 5 cm. y sin signos de infección; (5) Prescripción al alta: tratamiento antibiótico y AINES/analgesia, no inmovilización ni sutura, no vacunación antitetánica ni antirrábica, no ingreso hospitalario.

Conclusiones: las mordeduras ocurren en varones jóvenes con buen estado vacunal, se debe profundizar en conocer cuál es la situación vacunal de los animales. Las heridas no suelen ser complicadas. Los antibióticos se usan como base del tratamiento.

Conocer cuál ha sido el perfil de los accidentes puede ayudarnos a plantear intervenciones específicas sobre determinados grupos de riesgo.

Palabras Clave: mordeduras y picaduras, tratamiento de urgencia, atención urgente.

COMUNICACIÓN ORAL

Manejo clínico y características de las crisis hipertensivas atendidas en el servicio de urgencias de un hospital comarcal

Pozo Cascajosa AM^{a1}, del Castillo Tirado F², Segura Torres P³, Liebana Cañada A⁴, Illanes Leiva R⁵, Martín-Aragón González M⁶

¹Médico Residente de Familia. CS Virgen de la Cabeza. Andújar (Jaén)

²Médico Residente de Familia. CS Virgen de la Capilla. Jaén

³Nefróloga. Complejo Hospitalario Jaén

⁴Jefe de Nefrología. Complejo Hospitalario Jaén;

⁵Adjunto. Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. Andújar (Jaén)

⁶Mémo de familia. CS Virgen de la Cabeza. Andújar (Jaén)

Título: Manejo clínico y características de las crisis hipertensivas atendidas en el servicio de urgencias de un hospital comarcal.

Objetivo: describir las características clínicas y el manejo de las crisis hipertensivas atendidas durante un año en un hospital comarcal.

Diseño: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

Emplazamiento: EPHAG.

Población y muestra: todos los pacientes atendidos en el servicio de Urgencias entre 1/11/2010 y 1/11/2011 con diagnóstico al alta de crisis hipertensiva (CH).

Intervenciones: no hemos realizado intervención, es retrospectivo.

Resultados: total de 87 crisis HTA en 60 pacientes. Edad media 65,7±13,6 años. Mujeres 62%. Procedencia: domicilio 80,5%, centro extrahospitalario 14,9%, vía pública 2,3%, otro hospital 1,1%, no consta 1,1%. Motivos de consulta HTA 29,9%, cefalea 17,2%, HTA y cefalea 17,2%, mareo 10,3%. Los procedentes de un centro extrahospitalario recibieron: furosemida 38,5% captopril 76,9%, diazepam 23,1%, loracepam 7,7%. Número de pruebas realizadas: ninguna 62,1% una 17,2%, dos 3,4%, tres 9,2%, cuatro

3,4%, cinco 4,6%. Las pruebas fueron: hemograma 19,5%, bioquímica 19,5%, ECG 29,9%, Rx tórax 10,3%, TAC craneal 6,9%. La TA a la derivación al hospital TAS 190±21 mmHg y TAD 100±9 mmHg. La TA en el servicio de urgencias fue TAS 187±22 mmHg y TAD 97±19 mmHg. La TA al alta TAS 151±19 mmHg y TAD 81±14 mmHg. El destino al alta fue: domicilio 93,1%, ingreso en planta 3,4 % y en UCI 3,4 %. A su llegada al hospital tienen TAS ≥ 210 y/o TAD ≥ 120 mmHg 17,4%. Tratamiento hospitalario recibido: el 12,6 % no recibieron ningún tratamiento, los que recibieron uno son 32,2%, dos 39,1%; tres 14,9% cuatro 1,1%.

Conclusiones:

1. Existe un predominio de mujeres entre los pacientes diagnosticados de crisis hipertensivas.
2. En más de la mitad de los pacientes no se realiza ninguna prueba clínica.
3. En el 70 % se empleó uno o dos fármacos hospitalarios.
4. El 17% cumplían criterios de crisis hipertensivas según los criterios de la SAMFYC

Palabras Clave: hypertensive crisis, management hypertensive crisis, Drug Utilization hypertensive crisis.

COMUNICACIÓN ORAL

Perfil clínico de los pacientes que se diagnostican de crisis hipertensivas en el servicio de urgencias de un hospital comarcal

Del Castillo Tirado F¹, Pozo Cascajosa A², Segura Torres P³, Liébana Cañada A⁴, López de la Cova Peña A¹, Aguilera Tejero R¹

¹Médico Residente de Familia. CS Virgen de la Capilla. Jaén;

²Médico Residente de Familia. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

³Nefróloga. Complejo Hospitalario Jaén

⁴Jefe de Nefrología. Complejo Hospitalario Jaén

Título: Perfil clínico de los pacientes que se diagnostican de crisis hipertensivas en el servicio de urgencias de un hospital comarcal.

Objetivo: describir el perfil clínico de los pacientes que se diagnostican de crisis hipertensivas en un año en un hospital comarcal.

Diseño: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

Emplazamiento: EPHAG.w

Población y muestra: todos los pacientes atendidos en el servicio de Urgencias entre 1/11/2010 y 1/11/2011 con diagnóstico al alta de crisis hipertensiva (CH).

Intervenciones: estudio retrospectivo.

Resultados: total de 87 crisis, HTA en 60 pacientes. El número de veces que acudió a urgencias es una 76,7%, dos 11,7%, tres 5%, cuatro 3,3 % y cinco 3,3%. Edad media $65,7 \pm 13,6$ años. Mujeres 60%. Diabéticos 20%. 86,7% eran HTA previos con un tiempo de evolución de $13 \pm 11,3$ años. Fuman 3,3%. Antecedentes de: dislipemia 21,7%, arritmias 20%, ACV 6,7%, cardiopatía isquémica 6,7%, HVI, 3,3%, enf. arterial periférica 3,3% e insuficiencia cardíaca 3,3%. De los HTA previos el 46,7% tomaba un fármaco antihipertensivo, dos 10,7%, tres 10,7%, y cuatro 2,7% y 29,3% no tomaba ninguno.

La TA con la que fueron derivados al hospital TAS 190 ± 21 mmHg y TAD 100 ± 9 mmHg. La TA en el servicio de urgencias del hospital TAS 187 ± 22 mmHg y TAD 97 ± 19 mmHg, con presión de pulso 90 ± 28 mmHg y PAM 67 ± 26 mmHg. La TA al alta TAS 151 ± 19 mmHg y TAD 81 ± 14 mmHg. Al alta se modificó el tratamiento hipotensor en 36,8% de los cuales el 47,6% era de los que tomaban tratamiento y el 52,4% de los que no tomaban.

Conclusiones: la mayoría de los pacientes diagnosticados de crisis hipertensivas (CH) han acudido una única vez al servicio de urgencias.

Predominio de mujeres entre los pacientes diagnosticados de CH.

El 20% de los pacientes son diabéticos.

Un gran porcentaje eran hipertensos previos de los cuales un 30% presentan falta de adherencia al tratamiento.

En un tercio de los pacientes se les modificó el tratamiento hipotensor al alta.

Palabras Clave: hypertensive crisis, patient care hypertensive crisis, management hypertensive crisis.

COMUNICACIÓN ORAL

Prescripción inapropiada en Atención Primaria de fármacos cardiovasculares en pacientes mayores polimedicados según criterios STOPP/START

Gallo Vallejo F¹, Morales García A², Alcalá García R², Méndez Montes S², Zafra Ceres A², Turnes González A¹

¹Médico de Familia. CS Zaidín-Sur. Granada

²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada

Título: Prescripción inapropiada en Atención Primaria de fármacos cardiovasculares en pacientes mayores polimedicados según criterios STOPP/START.

Objetivo: valorar la adecuación de la prescripción farmacológica cardiovascular en pacientes mayores y polimedicados utilizando la herramienta STOPP/ START.

Diseño: estudio descriptivo y transversal.

Emplazamiento: centro de salud (CS) urbano, con 20 cupos de Medicina de Familia.

Población y muestra: total de pacientes adscritos al CS mayores de 64 años y polimedicados (> 8 fármacos/mes) en los meses de Febrero y Marzo 2012, incluyendo en su medicación fármacos del área cardiovascular. Población muestral: 232 pacientes correspondientes a 12 MF del centro seleccionados al azar, por muestreo sistemático y estratificado por profesional.

Intervenciones: aplicación a los pacientes seleccionados >64 años con problemas cardiovasculares de los criterios STOPP/START cardiovasculares mediante la revisión de la historia clínica digital. Análisis estadístico y presentación de resultados.

Resultados: 232 pacientes auditados, 62,5% mujeres, con edad media de 76,4 años. 63 pacientes (27,1%) cumplieron al menos un criterio STOPP, siendo los más frecuentes: toma de AAS sin antecedentes de arteriopatía (12,1%), AAS a dosis superiores a 150 mg/día (5,2%) y diuréticos tiazídicos con antecedentes de gota (5,2%). 44 pacientes (19%) cumplieron al menos un criterio START, siendo los más frecuentes: no pauta de estatinas con enfermedad arteriosclerótica y esperanza de vida mayor de 5 años (8,2%) y no pauta de IECA tras IAM (5,2%)

Conclusiones: 93 pacientes (40%) cumplen al menos un criterio STOPP/START del área cardiovascular (CV). Nuestros resultados en criterios STOPP han sido superiores a los publicados en España por Gomez-Lobon et al, y D. Sevilla-Sanchez et al, y las prescripciones inadecuadas START fueron inferiores a lo publicado. Los criterios STOPP/START CV pueden ser una herramienta útil para evitar reacciones adversas en un porcentaje importante de pacientes mayores con problemas de salud cardiovasculares.

Palabras Clave: prescripción inapropiada (inappropriate prescription), polimedicado (polypharmacy), Atención Primaria (primary care).

COMUNICACIÓN ORAL

Clínica ansiosa y depresiva en los profesionales de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias

Vasco Roa T¹, Roldan Maldonado G², Garrido Moreno L², Fernández Isla L¹, Ramos Navas-Parejo J³, Aguilera Sánchez A⁴

¹Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS La Caleta. Granada

²Psicología Clínica. Unidad de Día de Salud Mental. Hospital Virgen de las Nieves. Granada

³Médico de Familia. CS La Caleta. Granada

⁴Médico Residente 1º año Medicina de Familia. CS La Caleta. Granada

Título: Clínica ansiosa y depresiva en los profesionales de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU).

Objetivo: el objetivo principal de este trabajo fue conocer la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en los profesionales de los DCCU de una provincia y su posible relación con otras variables: categoría profesional, género, antigüedad, vivir o no en pareja, edad, etc.

Diseño: se realizó un estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: se trata de un estudio multicéntrico, de ámbito rural y urbano.

Población y muestra: todos los profesionales que trabajan, principalmente, en los DCCU de una provincia y que aceptaron participar en el estudio. En total, 282 profesionales (34% médicos/as, 31% enfermeros/as, 35% celadores/as-conductores/as), de los cuales, 182 eran hombres.

Intervenciones: de forma individual, se realizó a cada profesional una entrevista semiestructurada, donde se registraron las variables sociodemográficas y se aplicó los inventarios de depresión

y ansiedad de Beck (Beck Depression Inventory; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Beck Anxiety Inventory; Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988).

Resultados: el análisis de los datos (test Chi-cuadrado y Mann-Whitney) nos muestra que el 13% de los profesionales presentan síntomas depresivos y el 12% síntomas ansiosos. Las mujeres presentan más clínica depresiva que los hombres (23,75% frente a 10,37%; $p=0,008$) y más clínica ansiosa (21,95% frente al 8,98%; $p=0,017$). El 21% de los profesionales médicos/as tienen síntomas depresivos frente al 9% de enfermeros/as y 8% de celadores/as-conductores/as con clínica depresiva ($p=0,008$).

Conclusiones: la sintomatología ansiosa y depresiva en profesionales del DCCU se relaciona con el sexo y la categoría profesional, siendo independiente de la edad, vivir o no en pareja, tener o no hijos, media de horas de guardia o antigüedad. Las diferencias en cuanto a sexo son coherentes con los resultados obtenidos en otros estudios, sin embargo, llama poderosamente la atención, la gran diferencia existente entre el personal facultativo y el resto de categorías.

Palabras Clave: anxiety, depression, emergency.

COMUNICACIÓN ORAL

Intervención sobre la prescripción de fármacos del metabolismo óseo en una Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria

Gallo Vallejo F¹, Zafra Ceres A², Casas Reyes P², Gastón Morata J¹, Quel Collado M³, García Lirola M⁴

¹Médico de Familia. CS Zaidín-Sur. Granada

²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada

³Médico. Hospital Alta Resolución de Guadix (Granada)

⁴Farmacéutica. Distrito Sanitario Granada

Título: Intervención sobre la prescripción de fármacos del metabolismo óseo en una Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Atención Primaria.

Objetivo: describir una intervención realizada por el Distrito para la reducción del consumo injustificado de fármacos del metabolismo óseo y su aplicación en una UGC.

Diseño: estudio cuasiexperimental antes-después sin grupo control.

Emplazamiento: centro de salud urbano, con 20 Médicos de Familia (MF) y una población de 33.000 usuarios.

Población y muestra: total de pacientes que durante los años 2010 y 2011 han consumido fármacos del metabolismo óseo.

Intervenciones: por parte del Distrito (Unidad de Farmacia) se decide la inclusión como nuevo objetivo del Acuerdo de Gestión a partir del año 2011 la reducción de la tasa de fármacos del metabolismo óseo.

Por la UGC, se hacen dos sesiones clínicas sobre diagnóstico y tratamiento farmacológico de la osteoporosis y se consigue poder solicitar densitometrías óseas al Hospital de referencia.

La variable "Resultado" fue la modificación de tratamiento mediante los indicadores % selección de medicamentos del metabolismo óseo de elección y tasa de medicamentos para la prevención de fracturas.

Período de estudio pre-intervención: noviembre 2009-octubre 2010. Intervención: octubre 2010-enero 2011; período postintervención: enero 2011-octubre de 2011.

Medición y análisis estadístico: mediante la aplicación informática MicroStrategy.

Resultados: el porcentaje de selección de medicamentos del metabolismo óseo de elección subió del 61,23% al 64,18% (variabilidad interprofesionales de -2,66 a +16,03) y la tasa de medicamentos para la prevención de fracturas de la UGC disminuyó del 19,57 a 16,25 (variabilidad interprofesionales de -11,44 a +1,94)

Conclusiones: los MF han revisado y disminuido, en general, el consumo de estos fármacos del metabolismo óseo, haciendo una mejor selección de los mismos, demostrando la eficacia de intervenciones de este tipo sobre la mejora de prescripción.

Palabras Clave: tratamiento preventivo (Preventive Therapy), Osteoporosis (Osteoporosis), Atención Primaria (Primary Care).

COMUNICACIÓN ORAL

Pacientes que no acuden a su cita. Estudio de las variables relacionadas

Marín Conde L¹, Pérez Rivas L¹, Robles Martín J¹; González Urbano M¹, Encalada Cueva M¹, Guerrero García F²

¹Médico Residente. CS Gran Capitán. Granada

²Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada

Título: Pacientes que no acuden a su cita. Estudio de las variables relacionadas.

Objetivo: conocer el porcentaje de pacientes que no acuden a su cita, tras haberla solicitado con su médico de familia o pediatra para la consulta asistencial.

Estudiar la influencia de diversas variables que pudieran explicar la no asistencia a la cita.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano que atiende una población de 39.915.

Población y muestra: durante 5 días de Semana Santa o en torno a festividad local (días especiales) y 5 días habituales (elegidos al azar) los 24 médicos de familia y 3 pediatras señalan los pacientes que no acuden. Se obtiene información del 99.01% del total de 4943 citas (proporción esperada del 10%, nivel de confianza: 95%, precisión: 1%).

Intervenciones:

Variable dependiente: asistencia a la cita.

Variables independientes:

-Variables del médico: especialidad, sexo, tipo de contrato.

-Variables del paciente: edad, sexo, nacionalidad, pertenencia o no al cupo, número de pacientes con cita al inicio de la consulta, existencia de citas libres al inicio, consulta de mañana o tarde y día especial o no.

Método de medición: recogida de datos de cada médico más audit de historias.

Análisis estadístico: univariante utilizando medidas de frecuencia/dispersión habituales y bivariante con uso de la Chi cuadrado para comparación de variables cualitativas.

Resultados: se obtiene información de 4943 citas. No acuden el 13.1% de los pacientes. Las variables que se asocian a menor asistencia son: edad (menos los más jóvenes), nacionalidad (menos los no españoles) y la no pertenencia al cupo. También si el médico/a es mujer o sustituto/a o en los días especiales.

Conclusiones: se encuentra un alto porcentaje de pacientes que tras pedir cita no acuden a la misma y se identifican variables explicativas.

Se precisan más estudios para confirmar, o refutar, estos resultados en entornos más amplios y diferentes.

Palabras Clave: Non-attenders, General Practice, Quality Assurance.

COMUNICACIÓN ORAL

Familiares-cuidadores de pacientes con trastorno mental grave: características sociodemográficas, percepción de salud y estrategias de afrontamiento

Fernández Isla L¹, Roldán Maldonado G², Salazar Torres I², Garrido Mateo L², Vasco Roa T¹, Cabrera Rodríguez C³

¹Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS La Caleta. Granada

²Psicóloga clínica. Unidad de Día de Salud Mental. Hospital Virgen de las Nieves. Granada

³Médico Residente de Medicina de Familia. CS La Caleta. Granada

Título: Familiares-cuidadores de pacientes con trastorno mental grave: características sociodemográficas, percepción de salud y estrategias de afrontamiento.

Objetivo: conocer las características sociodemográficas, la percepción del estado de salud y las estrategias de afrontamiento de los familiares-cuidadores de pacientes con trastorno mental grave (TMG).

Diseño: estudio no experimental, con diseño transversal, analítico-descriptivo y correlacional.

Emplazamiento: centro de salud urbano, su hospital de referencia y diferentes unidades de salud mental de la provincia.

Población y muestra: 101 familiares de 70 pacientes con TMG que, tras explicar el estudio, aceptaron voluntariamente participar.

Intervenciones: los datos se recogieron mediante una entrevista personal, utilizando un formato ad hoc para los datos sociodemográficos, el "Cuestionario de salud SF-36" para conocer la valoración de los estados positivos y negativos de su salud y el "Inventario de estrategias de afrontamiento" para identificar las estrategias empleadas en situaciones estresantes.

Resultados: la mayoría de los familiares-cuidadores vive con los pacientes (90,2%) y son mujeres (70,6%). La edad media de los participantes fue de 54,4 años y el parentesco con el paciente se distribuyó principalmente entre: madre (47,1%), padre (18,6%), pareja (15,7%) y hermano (12,7%). Sobre el Estado de salud percibido en el último mes: 94,1% mantuvo el tiempo dedicado a su trabajo/actividades cotidianas (rol físico), 78,4% están capacitados para hacer esfuerzos (función física), 73,3% conservó tiempo para su trabajo y actividades cotidianas (rol emocional), 53,5% no consideró que su salud física o problemas emocionales le dificultaran sus actividades sociales (función social), 77,6% tuvo algún problema emocional (salud mental), 69,6% se siente cansado (vitalidad), 68,3% cree que su salud no es buena (salud general), 50,5% ha presentado dolor físico que ha interferido en su trabajo/actividad habitual (dolor físico). Un 88,1% considera que su salud actual (comparada con la de hace un año) es mejor.

Conclusiones: las mujeres son las principales cuidadoras de los pacientes con TMG.

En cuanto al estado general de salud, la salud psicológica es la más afectada negativamente.

Palabras Clave: Psychological intervention, Family keepers, Severe mental disorder.

COMUNICACIÓN ORAL

Prevalencia de diabetes oculta y tolerancia alterada a la glucosa en pacientes con glucemia basal alterada

Santos Lozano J¹, Jiménez Rodríguez M², Martínez Córdoba E³, Ortega Calvo M⁴, Sampedro Abascal C⁵, Lapetra Peralta J⁶

¹Médico de Familia. CS universitario San Pablo. Sevilla. CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición. CIBER Obn

²Enfermera. Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla

³Enfermera. CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición. CIBER Obn

⁴Médico de Familia. CS Esperanza Macarena. Sevilla. CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición. CIBER Obn

⁵Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia Virgen Macarena. Sevilla ⁶Médico de Familia. CS Universitario San Pablo. Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla. CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición. CIBER Obn

Título: Prevalencia de diabetes oculta y tolerancia alterada a la glucosa en pacientes con glucemia basal alterada.

Objetivo:

Objetivo principal: estimar prevalencia de diabetes oculta y Tolerancia Alterada a Glucosa (TAG) en pacientes con Glucemia Basal Alterada (GBA) mediante Sobrecarga Oral de Glucosa (SOG).

Secundario: determinar el porcentaje de pacientes con diabetes oculta que presentan un valor de hemoglobina glicada (Hb-A1c) compatible con diabetes según Asociación Americana de Diabetes (ADA), (Hb-A1c $\geq$ 6.5).

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centros de salud urbanos.

Población y muestra: se remitieron para inclusión en estudio 419 pacientes procedentes de 15 centros de salud, remitidos por sus médicos, con GBA y que cumplían criterios de inclusión en un estudio de intervención dietética (Proyecto investigación financiado por Consejería de Salud e Instituto de Salud Carlos III) GBA: glucemia basal: 100-125 mg/dl. TAG: glucemia a 2 horas tras SOG: 140 -199 mg/dl. Diabetes Mellitus tras SOG: glucemia a 2 horas $\geq$ 200 mg/dl.

Intervenciones: en todos los pacientes se determinó glucemia basal y Hb-A1c. Después se rea-

lizó SOG con 75g, cuantificación de la glucemia a las 2 horas.

Resultados:

Edad: $62,2 \pm 9,6$ (x $\pm$ DE).

Hombres: $61,7 \pm 9,8$.

Mujeres: $62,7 \pm 9,3$.

La prevalencia de diabetes tras SOG fue 16%, (69 sujetos). De ellos 20 (29%) tenían criterios de diabetes según valores de Hb-A1c. La prevalencia de TAG fue 26%.

Conclusiones:

La prevalencia de diabetes oculta y TAG en pacientes con GBA es relevante (1 de cada 6 y 1 de cada 4 respectivamente). Sería recomendable realizar SOG en estos pacientes, especialmente en aquellos con factores de riesgo para desarrollar diabetes.

Utilizar la Hb-A1c para diagnosticar diabetes supondría infraestimar su detección de dicha enfermedad (sólo la detectaría en la tercera parte de los sujetos).

Palabras Clave: Diabetes Mellitus tipo 2 (Type 2 diabetes mellitus), Intolerancia Hidrocarbonada Impaired fasting glucose), Glucemia Basal Alterada (Impaired glucose tolerance).

COMUNICACIÓN ORAL

La receta contra el desgaste del profesional médico, elaborada por el residente

López Ruíz-Chena J¹, Silis de Nuila L¹, Arena Puga M¹, Soto Marín O¹, Garre González M¹, Valenzuela López P²

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

²FEA de Medicina de Familia. Centro de Salud Salvador Caballero. Granada

Resumen: La receta contra el desgaste del profesional médico, elaborada por el residente.

Objetivo: determinar la prevalencia de Burnout (depleción emocional y trastornos adaptativos en respuesta al estrés ocupacional prolongado) entre médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) que realizan guardias de urgencias, identificar factores influyentes en el Burnout y estrategias de afrontamiento.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Hospitales Clínico San Cecilio y Virgen de Las Nieves. Granada.

Población y muestra: residentes de MFyC que realicen guardias de urgencia en emplazamiento descrito (110 residentes).

Intervenciones: encuesta anónima que incluye variables epidemiológicas, cuestionario Maslach Burnout Inventory (diferenciando: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal (RP)) y percepciones sobre factores influyentes en Burnout y posibles soluciones. Análisis mediante SPSS15.

Resultados: el 34,1% no cumplía ningún criterio de síndrome de Burnout, con baja o moderada

RP en 64,8% de los encuestados. La percepción media de los residentes, de profesionales en su entorno afectados es del 50%. Encontramos una asociación entre la RP con la elección de MFyC como primera opción de especialidad ($p=0.015$) y con el tiempo transcurrido desde la última guardia ($p=0.025$). Los factores más influyentes según los residentes son: sobrecarga asistencial, situación personal del médico y la pérdida de respeto al profesional. Las estrategias de afrontamiento propuestas son: reducción del número de pacientes, reducción de horas laborales y el entrenamiento del profesional en habilidades comunicativas. No hay diferencias significativas entre los residentes que cumplen o no criterios de Burnout y el análisis de factores influyentes y estrategias de mejora.

Conclusiones: los residentes perciben un nivel elevado de Burnout en su entorno laboral. Destaca la baja o moderada RP, pese al poco tiempo trabajado, influido por la elección voluntaria de la especialidad y tiempo desde la última guardia.

Señalan como principales estrategias de afrontamiento los cambios organizativos y la mejora en las habilidades comunicacionales.

Palabras Clave: Burnout, Residency (residencia), Skills (estrategias).

COMUNICACIÓN ORAL

Adecuación y adherencia al tratamiento en descompensación de insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) en urgencias

Macías Beltrán I¹, Domínguez Teba A², Medero Canela R¹, Romero Bernal A³, Escudero Medero C⁴, Pedregal González M⁵

¹Médico Residente de Familia. CS El Torrejón. Huelva

²Médico Residente de Familia. CS Bollullos Par del Condado. Huelva

³Médico Residente de Familia. CS Moguer. Huelva;

⁴Médico Residente de Familia. Residencia Lerdo de Tejada de la Santa Caridad. Ayamonte (Huelva)

⁵Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia. Huelva

Título: Adecuación y adherencia al tratamiento en descompensación de insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) en urgencias.

Objetivo: determinar frecuencia de ingresos por reagudización de ICC, clínica de presentación, tratamiento habitual más frecuente, adecuación y adherencia al tratamiento. Determinar si el número de reagudizaciones e ingresos, edad y sexo, están relacionados con la adecuación y la falta de adherencia al tratamiento

Diseño: estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: servicio urgencias hospitalarias.

Población y Muestra: pacientes atendidos en urgencias por ICC reagudizada durante 3 meses (n=115). Muestra aleatoria (n=40) representativa valorando adecuación al tratamiento.

Intervenciones: recogida de datos desde Historia de Urgencias.

Variables: sexo, edad, tratamiento habitual, reagudizaciones e ingresos. Encuesta telefónica con test Morinski-Green valorando adherencia.

Análisis: media y desviación típica para cuantitativas, porcentajes para cualitativas. Prueba de

la t y Chi Cuadrado para comparar variables. Se comprobaron condiciones de aplicación.

Resultados: el 55.7% son mujeres. La edad media es 77.68, (DT 9.78), IC 95% (75.87-79.49). El 65.2% de los pacientes requirieron ingreso hospitalario. Tratamiento: 59.13% IECAS/ARA II, 25.2% betabloqueantes, 63.5% diuréticos. El 18.3% realiza tratamiento adecuado (IECA/ARA II y betabloqueante). El 85.2% presenta disnea. El número de reagudizaciones no está influenciado por adecuación al tratamiento (p=0.517) ni por falta de adherencia al mismo (p=0.686); tampoco lo está el de ingresos por adecuación (p=0.51) ni por falta de adherencia (p=0.423). La edad no influye en adecuación al tratamiento (p=0.421) ni en adherencia (p=0.782). El sexo tampoco es influyente en adecuación (p=0.879) ni en adherencia (p=1).

Conclusiones: las reagudizaciones e ingresos por ICC no disminuyen a pesar de un tratamiento correcto y una buena adherencia al mismo. La mayoría de los pacientes no están correctamente tratados (escasa utilización de betabloqueantes), a pesar de haberse demostrado su beneficio en la disminución de la morbilidad asociada.

Palabras Clave: heart failure congestive (insuficiencia cardiaca congestiva), treatment (tratamiento), reagudization (reagudización).

COMUNICACIÓN ORAL

¿Nos encontramos ante un cambio en la enfermedad celíaca?

Medero Canela R¹, Domínguez Teba A², Macías Beltrán I¹, Escudero Medero C³, Pedregal González M⁴

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS El Torrejón. Huelva

²Médico Residente de Medicina de Familia. CS Bollullos Par del Condado. Huelva

³Médico Residente de Medicina de Familia. Residencia Lerdo de Tejada de la Santa Caridad. Ayamonte (Huelva)

⁴Médico de Familia. Unidad Docente Medicina de Familia. Huelva

Título: ¿Nos encontramos ante un cambio en la enfermedad celíaca?

Objetivo: determinar características de presentación de Enfermedad Celíaca (EC) en nuestro medio. Relacionar serología positiva con diagnóstico histológico. Relacionar adherencia al tratamiento con respuesta clínica.

Diseño: estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: consulta digestivo hospitalaria.

Población y muestra: se seleccionó muestra de pacientes en seguimiento con diagnóstico de EC (n=25).

Intervenciones: recogida de datos desde Historia Clínica. Variables: edad, sexo, edad al diagnóstico, clínica debut, histología, serología, adherencia y respuesta al tratamiento. Análisis: media y desviación típica (DT) en cuantitativas y porcentajes en cualitativas. Para la comparación se uso test exacto de Fisher. Se comprobaron condiciones de aplicación.

Resultados: la edad de los pacientes es 46.16 años (DT 19.14), IC 95% (15-77). La edad al diagnóstico es 39.40 años (DT 17.47), IC 95% (12-70). El 52% de los pacientes son mujeres. Clínica debut: 40%

síndrome diarreico, 24% síntomas inespecíficos abdominales (dolor, distensión...), 20% síndrome anémico. El 96% tiene realizada biopsia de confirmación. Los anticuerpos Antitransglutaminasa positivos en 81.8%, y los Antigliadina en 59.1%. Un 84% cumplen adherencia al tratamiento (dieta sin gluten) y un 88% obtienen respuesta clínica.

No se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre la positividad de los anticuerpos y la histología ($p=1$). El 100% de los pacientes con adherencia al tratamiento obtiene respuesta clínica y sólo el 25% sin adherencia la obtienen ($p=0.002$).

Conclusiones: la EC es diagnosticada cada vez en edades más tardías, y no siempre se manifiesta con el clásico síndrome diarreico. Los anticuerpos Antigliadina han quedado relegados por los Antitransglutaminasa (mayor especificidad). Incluir a la EC en el diagnóstico diferencial de cuadros inespecíficos abdominales o anémicos nos ayudara a realizar un correcto diagnóstico de sospecha en Atención Primaria, que posteriormente podrá confirmarse en consulta especializada con histología.

Palabras Clave: celiac disease (enfermedad celíaca), gluten (gluten), antitransglutaminase (antitransglutaminasa).

COMUNICACIÓN ORAL

Perfil del paciente con accidente cerebrovascular agudo. ¿Activamos lo suficiente el código ictus?

Junco Fernández A¹; Ruiz Rodríguez M²; Teba López A³; Fernández Carmona C³; García Sánchez T²

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS Santa Fe. Granada

²Médico de Familia. CS Santa Fe. Granada

³DUE. CS Santa Fe. Granada

Título: Perfil del paciente con accidente cerebrovascular agudo. ¿Activamos lo suficiente el código ictus?

Objetivo: describir las características de los pacientes atendidos por ACV observando su relación con los factores de riesgo edad y sexo. Registrar variables que participan en los tiempos de asistencia y activación del Código Ictus.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: ZBS rural.

Población y muestra: 51451 habitantes. Zona rural. Selección de todos los casos atendidos con diagnóstico ACV.

Intervenciones: revisión de historias clínicas correspondientes al año 2011.

Variables: Diagnósticos ACV, edad, sexo, prioridades de activación y motivos de asistencia.

Resultados:

Historias Clínicas: 2646. Diagnósticos ACV: 58 (2,19%).

Edad media: hombres con ACV: 80,3; mujeres: 83,2.

Hombres con ACV: 27 (46,55%); mayores de 65 años: 27 (100%); mayores de 80 años: 15 (55,55%).

Mujeres con ACV: 31 (53,44%); mayores de 65 años: 29 (93,54%); mayores de 80 años: 23 (74,19%); menores de 65 años: 2 (6,45%).

Código Ictus: 1 (1,78%)

Prioridad 1: 4 (6,89%); P2: 51 (87,93%); P3: 3 (5,17%).

Motivos de asistencia: Sospecha ACV: 17 (29,31%); Mareo: 9 (15,52%); ACV: 5 (8,62%); Decaimiento: 3; Inconsciente: 3; Hemiplejía: 1; Pérdida de fuerza: 1; No neurológicos: 19.

Derivaciones hospitalarias: 51 (87,93%); ambulancia medicalizada: 33 (56,89%); ambulancia convencional: 18 (31,03%).

No derivados: 7 (12,06%).

Conclusiones: los diagnósticos de ACV aumentan claramente con la edad, sobre todo en mujeres. La mayoría recibieron prioridad 2 con gran variedad de motivos de asistencia, por lo que no se estaría clasificando la gravedad adecuada y podría interferir la activación del Código Ictus. Esto puede deberse a la complejidad de diagnóstico a través de la llamada telefónica y al escaso conocimiento ciudadano de los síntomas del ACV. La mayoría son derivados al hospital, aunque aproximadamente la mitad lo hacen en ambulancia medicalizada.

Palabras Clave: Brain ischemia, primary health care, cardiovascular risk.

COMUNICACIÓN ORAL

Formación en el área de urgencias. ¿Qué opinan los residentes?

Ayllon Toro A¹; Rodríguez Martínez J¹; García Tirado C²

¹Médico Residente. Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria de Granada

²Médico de Familia. Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria de Granada

Título: Formación en el área de urgencias. ¿Qué opinan los residentes?

Objetivo: conocer la calidad percibida por el residente de Medicina Familiar sobre docencia y tutorización en los servicios de urgencias hospitalarias de una provincia, su relación con percepción de aprendizaje e impacto en salud.

Diseño: descriptivo.

Emplazamiento: provincial. Unidad docente.

Población y muestra: 90 residentes de 2º a 4º año. Tamaño muestral con nc 95%, precisión 10%; 50% de porcentaje de calidad del entorno.

Intervenciones: cuestionario 31 ítems valora: tutorización centrada en residente (8 ítems escala 1-5) Calidad docente del tutor, percepción de aprendizaje (2 ítems: competencia final y oportunidades de aprendizaje) e impacto de guardias en estrés y salud. Cronbach 70%, factorial con varianza del 72%.

Resultados: el 77% de residentes perciben oportunidades formativas en sus guardias y creen que al final de la residencia su competencia será igual (66%) o mucho mejor (19%) que otros hospitales.

Las guardias generan estrés a 2:3 residentes (14% excesivamente), el 47% ve afectada su salud y el 43% toma fármacos.

La calidad técnica de tutores es "alta o muy alta" para 45% de residentes y la docente para el 16%. Respecto a los tutores declaran "frecuente/muy frecuente" libertad para opinar, valoración de opiniones, respeto y escucha en porcentajes del 36%, 26.7%, 34.4% y 32.2%, respectivamente. Declaran encontrar apoyo cuando lo necesitan, poder consultar dudas y sentirse seguro el 52%, 49% y 28% respectivamente. La calidad docente del tutor y la percepción de tutorización centrada en residente muestra relación significativa ($p < 0,001$) y relevante con oportunidad formativa y el logro competencial final.

Conclusiones: las urgencias son percibidas como espacio formativo efectivo aunque la calidad docente del tutor es preocupantemente baja. De forma preliminar el aprendizaje del residente se relacionan con una tutorización centrada en la persona; aunque su percepción de ésta es bastante mejorable.

Palabras Clave: Opinion (opinión), Emergency (urgencia), Quality (calidad), Resident (residente).

COMUNICACIÓN ORAL

Hábito tabáquico entre los profesionales de Atención Primaria y Hospitalaria

Coronado Vázquez V¹, Montero Carrera J¹, Lora Monge E², Odero Sobrado D³

¹Médico de Familia. AGS Norte de Huelva

²Estadística. AGS Norte de Huelva

³Técnico del Plan Integral de Tabaquismo. AGS Norte de Huelva

Título: Hábito tabáquico entre los profesionales de Atención Primaria y Hospitalaria.

Objetivo:

Principal: estimar la prevalencia de tabaquismo entre los profesionales sanitarios y no sanitarios de Atención Primaria y Hospitalaria.

Secundario: determinar si existe una asociación entre lugar de trabajo y categoría profesional con el hábito tabáquico.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: interniveles.

Población y muestra: la población está formada por profesionales sanitarios y no sanitarios (celadores y administrativos) que trabajaban en 6 Centros de Salud y un Hospital.

Muestreo aleatorio proporcional por categoría profesional.

Con una prevalencia esperada del 26%, precisión de $\pm 3\%$ y una confianza del 95%, el tamaño de muestra para el Hospital es de 349 profesionales (63 médicos, 87 enfermeras, matronas y fisioterapeutas, 89 auxiliares de clínica, 110 celadores y administrativos); y para Atención Primaria de 229 (83 médicos, 73 enfermeras, matronas y fisio-

terapeutas, 16 auxiliares de clínica, 57 celadores y administrativos).

Intervenciones: se utilizó un cuestionario autoadministrado de la Red Europea de Hospitales sin Humo.

Resultados: tasa de respuesta del 73,7%. La prevalencia global de fumadores habituales es del 16,7% IC95% (13,2-20,6); mayor en personal no sanitario con un 52,9% IC95% (40,4-65,2) y en profesionales hospitalarios con el 69,1% IC95% (57,4-78,8).

Trabajar en Atención Primaria en relación al Hospital multiplica por 1,26 IC95% (0,7-2,3) el riesgo de ser fumador habitual respecto a no fumador.

En profesionales no sanitarios respecto a sanitarios, el riesgo de ser fumador habitual se multiplica por una OR de 2,6 IC95% (1,4-4,5).

Conclusiones: se pone de manifiesto una prevalencia global de fumadores habituales inferior a otras series. No hay diferencias por el lugar de trabajo, pero si por categorías profesionales siendo mayor en los no sanitarios.

Palabras Clave: hábito tabáquico (Smoking history), Profesionales (Professionals), Atención Primaria (Primary health care), Hospital (Hospital).

COMUNICACIÓN ORAL

Influencia del sexo en el control adecuado del INR en pacientes anticoagulados con sintrom de nuestro área sanitaria

Vega Quirós C¹, Rodríguez Jiménez B², Gómez de la Mata Galiana R³, Gonzales Vargas-Machuca M⁴, Retegui García de Quesada G⁴, Martín Grutmancher F¹

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS Castilleja de la Cuesta. Sevilla

²Médico Residente de Medicina de Familia. CS Bormujos. Sevilla

³Médico Residente de Medicina de Familia. CS Mairena de Aljarafe. Sevilla

⁴Cardiólogo. Hospital San Juan de Dios de Aljarafe. Sevilla

Título: Influencia del sexo en el control adecuado del INR en pacientes anticoagulados con sintrom de nuestro área sanitaria.

Objetivo: valorar si influye el sexo en el control óptimo del INR en los pacientes anticoagulados de nuestra área sanitaria.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo.

El análisis estadístico fue realizado con el paquete SPSS 17.0 aplicando el método T-student y Chi-cuadrado/Estadístico exacto de Fisher.

Emplazamiento: consultas externas de cardiología de Hospital comarcal.

Población y muestra: pacientes con indicación de anticoagulación en tratamiento con acenocumarol atendidos en consultas de Cardiología de un hospital comarcal entre Enero y Junio del 2012.

Intervenciones: no.

Resultados: se analizaron los últimos controles de INR de 100 pacientes (69% varones; edad media 73'73 años, DE 7'2) El motivo de la anticoagulación fue 91% fibrilación auricular vs 9% prótesis valvular.

La puntuación media de la escala CHADSVASC fue de 4,07 y de la escala HASBLED 2,84.

El 25,5% de los pacientes presentan un rango correcto de anticoagulación, 18,17% sobrecoagulados y el 56,56% infracoagulados.

43% de los pacientes eran fumadores, y 15% consumían alcohol de forma regular.

84% de los casos eran hipertensos, 40% diabéticos y 79% presentaban dislipemia.

18% tenían antecedentes de AVC y 92% cardiopatía isquémica, así como el 48% presentaban insuficiencia renal crónica.

El análisis de subgrupos estableció que en la población no hubo diferencias en la media de edad entre hombre y mujeres, los hombres fumaban más ($p < 0.0001$), con mayor consumo de alcohol y con puntuación de la escala de CHADSVASC más bajo (3.74 vs 4.8 en las mujeres, con una $p 0.001$), aunque finalmente no hubo diferencias en el control de INR.

Conclusiones: no existen diferencias en el control de INR en función del sexo en los pacientes de nuestra área Sanitaria, a pesar de que los varones fuman más y beben más alcohol, y que las mujeres tienen un riesgo embólico mayor según la escala CHADSVASC.

Palabras Clave: Anticoagulants (anticoagulantes), International Normalized Ratio (razón normalizada internacional), Sex (sexo), Atrial Fibrillations (fibrilación auricular).

COMUNICACIÓN ORAL

Factores asociados al desarrollo de eventos hemorrágicos en pacientes anticoagulados de nuestra área

Gómez de la Mata Galiana R¹; Vega Quirós C²; Rodríguez Jiménez B.³; Retegui García de Quesada G⁴; Gonzales Vargas-Machuca M⁴; Benito Ysamat P¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mairena del Aljarafe. Sevilla

²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Castilleja. Sevilla

³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bormujos. Sevilla

⁴Médico Especialista en Cardiología Hospital San Juan de Dios de Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

Título: Factores asociados al desarrollo de eventos hemorrágicos en pacientes anticoagulados de nuestra área.

Objetivo: valorar en pacientes en tratamiento anticoagulante seleccionados la presencia de factores de riesgo asociados a desarrollar eventos hemorrágicos.

Diseño: estudio descriptivo observacional retrospectivo. El análisis estadístico fue realizado con el paquete SPSS 17.0 aplicando el método T-student y chi-cuadrado // Estadístico exacto de Fisher.

Emplazamiento: consultas externas de cardiología de hospital comarcal.

Población y muestra: se analizaron 100 pacientes con indicación de anticoagulación oral y toma de acenocumarol procedentes de las consultas externas de cardiología valorados entre Enero y Junio del 2012.

Intervenciones: no.

Resultados: se analizaron los últimos controles de INR de 100 pacientes (69% varones; edad media 73'73 años, DE 7'2). Motivo de anticoagulación fue en el 91% fibrilación auricular (9% prótesis valvular metálica). Puntuación media de la escala CHADVASC fue de 4,07 y del score HAS-BLED 2,84. Respecto a los controles de INR, el 25,5%

estaban en rango correcto de anticoagulación, 18,17% estaban sobrecoagulados y el 56,56% infracoagulados. 43% de los pacientes eran fumadores, y 15% consumían alcohol de forma regular. 84% eran hipertensos, 40% diabéticos y 79% presentaban dislipemia. 18% tenían antecedentes de AVC y 92% cardiopatía isquémica, así como el 48% presentaban insuficiencia renal crónica.

El análisis de subgrupos estableció en la población seleccionada un 10% de eventos hemorrágicos. Pacientes con hepatopatía tienen más eventos adversos hemorrágicos (p 0.026), pacientes con insuficiencia renal (p 0.045), HASBLED mayor (4 vs 2.71 con una p 0.002) y aclaramiento de creatinina menor (44.8 vs 62 con p 0.029). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas respecto a sexo, edad, tabaco o alcohol, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus, ictus, cardiopatía isquémica ni en función del score CHADS2-VASC2.

Conclusiones: existe mayor posibilidad de desarrollo de evento hemorrágico en pacientes con hepatopatía, insuficiencia renal o aclaramiento de creatinina menor y una puntuación elevada en la escala HASBLED.

Palabras Clave: Anticoagulants (anticoagulantes), International Normalized Ratio (razón normalizada internacional), Hemorrhage (hemorragia).

COMUNICACIÓN ORAL

Evaluación de la prescripción inapropiada de fármacos en pacientes mayores polimedicados usando los criterios STOPP/START

Gallo Vallejo F¹, Casares Gómez N², Perán Urquizar C², Quel Collado M³, Tomás Gilabert J⁴, Méndez Montes S⁵

¹Médico de Familia. CS Zaidín-Sur. Granada

²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada

³Médico de Familia. HARE Guadix (Granada)

⁴Medicina Familiar. CS Zaidín-Sur. Granada

⁵Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada

Título: Evaluación de la prescripción inapropiada de fármacos en pacientes mayores polimedicados usando los criterios STOPP/START.

Objetivo: conocer la prevalencia de prescripción inapropiada de fármacos (PIF) en pacientes mayores y polimedicados atendidos en Atención Primaria.

Diseño: estudio descriptivo y transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud (CS) urbano, con 20 médicos de familia (MF).

Población y muestra: total de pacientes adscritos al CS mayores de 64 años y polimedicados (> 8 fármacos/mes) que retiraron medicamentos en los meses de Febrero y Marzo de 2012.

Muestra: 258 pacientes correspondientes a 12 MF seleccionados al azar (N=1075), muestreo sistemático, estratificado por profesional (confianza: 95%; precisión: 6% y proporción esperada del 40%).

Intervenciones: revisión de historias clínicas valorando el cumplimiento de los criterios STOPP y START.

Análisis estadístico: Descriptivo de las variables de estudio. Para el contraste de hipótesis

utilizamos la Chi-Cuadrado (significativo una $P < 0,05$). Los datos fueron analizados mediante el SPSS15.0.

Resultados: edad media de 76,5 +/- 7,9 años, 62,8% mujeres. Un 65,9% de los pacientes (EE 2,9) cumplen algún criterio STOPP siendo los más significativos el uso prolongado de benzodiazepinas de vida media larga, uso de IBP para úlcera péptica durante más de 8 semanas, uso de benzodiazepinas en propensos a caídas y uso de AINEs en hipertensión y un 37,2% (EE 3) cumplen algún criterio START, siendo los más significativos el uso de antiagregantes plaquetarios en diabetes mellitus (DM) ante coexistencia de factores mayores de riesgo cardiovascular y el uso de estatinas en DM si coexistencia de factores de riesgo. 200 pacientes (77,5%) cumplían algún criterio de PIF por exceso o por defecto.

Conclusiones: el alto porcentaje encontrado de pacientes mayores con prescripciones inadecuadas, por exceso o por defecto, gracias a la herramienta STOPP/START, nos va a permitir promover estrategias de mejora de la prescripción en ancianos polimedicados.

Palabras Clave: prescripción inapropiada (inappropriate prescription), pacientes mayores (older adults), Atención Primaria (primary care).

COMUNICACIÓN ORAL

Asociación entre insuficiencia renal crónica (IRC) y grado de control del INR en los pacientes anticoagulados de nuestra área

Rodríguez Jiménez B¹, Gómez de la Mata Galiana R², Vega Quirós C³, Gonzales Vargas-Machuca M⁴, Retegui García de Quesada G⁴, Lazcano González C¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bormujos. Sevilla

²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mairena del Aljarafe. Sevilla

³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Castilleja. Sevilla

⁴Médico Especialista en Cardiología Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

Título: Asociación entre insuficiencia renal crónica (IRC) y grado de control del INR en los pacientes anticoagulados de nuestra área.

Objetivo: valorar la influencia de los pacientes que presentan IRC en el control adecuado del INR.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo. El análisis estadístico fue realizado con el paquete SPSS 17.0 aplicando el método T-Student y chi-cuadrado/Estadístico exacto de Fisher.

Emplazamiento: consultas externas cardiología de un hospital comarcal.

Población y muestra: pacientes anticoagulados atendidos en las consultas de cardiología de un hospital comarcal entre enero y junio de 2012.

Intervenciones: no.

Resultados: se analizaron los últimos controles de INR de 100 pacientes (69% varones; edad media 73'73 años, DE 7'2) El motivo de anticoagulación fue 91% fibrilación auricular vs 9% prótesis valvular. La puntuación media de la escala CHADSVASC fue de 4, 07 y del score HAS-BLED 2,84. Los controles de INR, El 25,5% de ellos estaba en un rango correcto de anticoagulación, 18,17% supracoagulados y el 56,56% infracoagulados.

Respecto a los pacientes con IRC (48%), la edad media era mayor: 76,04 años frente a 71,60 (p menor que 0,002) y el 91,7% de ellos presentan hipertensión arterial (p 0,045).

En la escala CHADSVASC la puntuación media es mayor en los pacientes con IRC: 4,65 frente a 3,54, así como en la escala HASBLED 3,50 frente a 2,23 (p menor que 0,001). Los pacientes que presentaron eventos hemorrágicos (10%), el 80% sufrían IRC (p 0,045).

Respecto al control óptimo del INR, no existen diferencias entre los pacientes que presentan IRC o no.

Conclusiones: no existen diferencias en cuanto al control óptimo del INR entre los pacientes que presentan IRC o no. Sí hemos observado que los pacientes con IRC tienen mayor puntuación en la escala CHADSVASC, y HASBLED. Así al tener mayor riesgo de accidentes tromboembólicos y mayor riesgo de sangrado, debe valorarse de forma individualizada el riesgo-beneficio del tratamiento anticoagulante.

Palabras Clave: Anticoagulants (anticoagulantes), International Normalized Ratio (razón normalizada internacional), Renal Insufficiency, Chronic (insuficiencia renal crónica).

COMUNICACIÓN ORAL

Guía sobre uso de nuevos anticoagulantes orales para la prevención del ICTUS y la embolia sistémica en fibrilación auricular no valvular

Vega Coca M¹, Abdel-Kader Martín L¹, Márquez Peláez S¹, Beltrán Calvo C¹, Bautista Paloma F², Molina López T¹

¹Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA)

²Director del Plan de Armonización en Farmacia de Andalucía

Título: Guía sobre uso de nuevos anticoagulantes orales para la prevención del ICTUS y la embolia sistémica en fibrilación auricular no valvular.

Objetivo: establecer recomendaciones de uso adecuado de nuevos anticoagulantes orales (ACOs) para la prevención de complicaciones tromboembólicas asociadas a la fibrilación auricular no valvular (FANV).

Diseño: guía de práctica clínica.

Emplazamiento: sistema sanitario público (autonómico).

Población y muestra: pacientes con FANV con indicación de tratamiento anticoagulante.

Intervenciones:

- 1.- Constitución del grupo elaborador (multidisciplinar: 20 participantes).
- 2.- Definición de preguntas clínicas (formato PICO).
- 3.- Revisión sistemática de eficacia y seguridad de nuevos ACOs (dabigatrán/rivaroxabán) vs antagonistas de la vitamina K (AVKs).
- 4.- Formulación de recomendaciones (sistema GRADE).

Resultados: dabigatrán (150mg/12h) y rivaroxabán demostraron su eficacia para la prevención del ictus o embolia sistémica (ES) frente a warfarina [OR(IC95%): 0,65 (0,52-0,81) y 0,91 (0,78-1,07), respectivamente], sin diferencias significativas en mortalidad, ni en hemorragias graves (HG),

aunque ambos se asociaron con reducción de hemorragias intracraneales (HIC) e incremento de hemorragias digestivas graves (HDG) vs warfarina. En el subgrupo de pacientes bien controlados (tiempo en rango terapéutico $\geq 66\%$), no se observaron diferencias, en ictus o ES, entre los nuevos ACOs y warfarina, y rivaroxabán se asoció con un incremento de HGs.

Se consideró que la calidad global de la evidencia era moderada, que existía gran variabilidad e incertidumbre en las preferencias de los pacientes y que el coste de los nuevos ACOs era muy superior al de los AVKs (incluyendo monitorización del INR).

Conclusiones :

- 1.- En pacientes tratados con AVKs, se recomienda mantener tratamiento, salvo: mal control del INR, antecedentes o riesgo incrementado de HIC, contraindicación.
- 2.- En pacientes naïve, se recomienda iniciar con AVKs, salvo: contraindicación, dificultad para seguimiento del INR, antecedentes o riesgo incrementado de HIC.
- 3.- Para candidatos a nuevos ACOs, dabigatrán y rivaroxabán se consideran alternativas terapéuticas válidas.
- 4.- En pacientes tratados con nuevos ACOs, se recomienda cambiar a AVKs en caso de: sospecha de incumplimiento, hemorragia digestiva, interacción relevante.

Palabras Clave: Anticoagulants (anticoagulantes), atrial fibrillation (fibrilación auricular), practice guideline (guía de práctica clínica).

COMUNICACIÓN ORAL

Proyecto colaborativo para difundir los principios de la prescripción prudente

Bravo Toledo R¹, Gavilán Moral E²; Rosado López A³; Calvo Pita C⁴; Fernández Oropesa C⁵

¹Médico de Familia. CS Linneo. Madrid

²Médico de Familia. Montehermoso. Cáceres

³Médico de Familia. CS San Andrés. Madrid

⁴Farmacéutica en Atención Primaria. Dirección Asistencial Noroeste. Madrid

⁵Farmacéutico en Atención Primaria. Gerencia del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla

Título: Proyecto colaborativo para difundir los principios de la prescripción prudente.

Objetivo: dar a conocer los principios de la prescripción prudente (PPP), recogidos en un artículo de reciente publicación, mediante la difusión de textos u otros materiales elaborados por un grupo de profesionales sanitarios.

Diseño: los promotores del proyecto (3 médicos de familia y 2 farmacéuticos de AP) contactaron con profesionales sanitarios de todo el estado español para que colaborasen con la iniciativa desarrollando uno de los PPP o elaborando un texto introductorio. Se utilizaron herramientas 2.0 para su elaboración y difusión gracias a que facilitan la colaboración entre profesionales con diferente situación geográfica y a su capacidad para llegar a un gran número de receptores. Los materiales se publicaron en un blog creado ex profeso y también se difundieron mediante una cuenta de Twitter y un Facebook.

Emplazamiento: no (entorno web).

Población y Muestra: no.

Intervenciones: no.

Resultados: treinta y un profesionales sanitarios de reconocido prestigio colaboraron con el pro-

yecto con casos clínicos, historias, presentaciones powerpoint, dibujos y un vídeo. Los materiales se fueron almacenando y editando en una carpeta de Dropbox compartida por los promotores y se publicaron en el blog de la iniciativa entre el 12 y el 22 de diciembre de 2011.

Hasta julio de 2012, se publicaron 37 entradas en el blog y este ha recibido más de 56.000 visitas y 233 comentarios de visitantes. La cuenta de Twitter del proyecto tiene 1.123 seguidores.

La iniciativa ha tenido eco en varios medios de comunicación generalistas y en medios especializados. Se ha difundido en sesiones formativas y en congresos de sociedades científicas.

Conclusiones: mediante la colaboración entre profesionales sanitarios se ha conseguido difundir los principios que guían la prescripción prudente y segura de medicamentos, enriqueciéndolos con conocimientos y experiencias personales, con un impacto importante en la Web y en los medios de comunicación tradicionales. Los materiales elaborados pueden ser empleados para la formación y docencia.

Palabras Clave: seguridad, prescripción, proyecto cooperativo.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Influencia de la hipertensión arterial como factor de riesgo cerebrovascular

Ariza Molero B¹, Calleja Rodriguez C², Ceballos Luque E³, Pretel Pozo C², Pendón Fernández S⁴, Arana Bravo A⁴

¹Residente. CS Vélez- Málaga Sur (Málaga)

²Residente. CS Torre del Mar (Málaga)

³Residente. CS Nerja (Málaga)

⁴Médico. Urgencias Hospital Comarcal Axarquía (Málaga)

Título: Influencia de la hipertensión arterial como factor de riesgo cerebrovascular.

Objetivo: evaluar la influencia de la hipertensión arterial (HTA) como factor de riesgo en la producción de accidentes cerebrovasculares (ACV).

Diseño: estudio observacional descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Comarcal, ámbito rural y urbano.

Población y muestra: se estudiaron 199 historias clínicas correspondientes a pacientes mayores de 18 años que fueron atendidos en el área de urgencias procedentes del ámbito extrahospitalario y que ingresaron con diagnóstico de ACV en un Hospital Comarcal durante el año 2009.

Intervenciones: revisión de historias clínicas de los pacientes que fueron diagnosticados de

ACV agudo en urgencias. Se diseñó una hoja de recogida de datos donde eran registradas algunas variables relacionadas con los antecedentes personales del paciente y otras sobre la valoración que tenía lugar a su llegada a urgencias.

Resultados: del total de nuestra muestra el 66.8% de los pacientes eran hipertensos; de ellos, el 56.4% presentó un ACV de tipo aterotrombótico. De los fármacos antihipertensivos recogidos el 49,2% tomaban IECAs y tan solo un 18.9% tomaban ARA II.

Conclusiones: la HTA es el factor de riesgo más influyente en la enfermedad cerebrovascular; dentro de los diferentes tipos de ACV en la HTA, los de etiología aterotrombótica son los que se presentan con mayor frecuencia. Los IECAs son los fármacos más usados para el control de la HTA.

Palabras Clave: accidente cerebrovascular (Stroke), hipertensión arterial (Hypertension), factor de riesgo (Risk Factor).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Consumo de ácido acetilsalicílico en pacientes diabéticos con enfermedad cerebrovascular: un estudio descriptivo

Ariza Molero B¹, Calleja Rodríguez C², Ceballos Luque E³, Pretel Pozo C², Pendón Fernández S⁴, Arana Bravo A⁴

¹Residente. CS Vélez- Málaga Sur (Málaga)

²Residente. CS Torre del Mar (Málaga)

³Residente. CS Nerja (Málaga)

⁴Médico. Urgencias Hospital Comarcal Axarquía (Málaga)

Título: consumo de ácido acetilsalicílico en pacientes diabéticos con enfermedad cerebrovascular: un estudio descriptivo.

Objetivo: conocer cuantos diabéticos mayores de 18 años que presentaron durante el 2009 algún tipo de Accidente Cerebrovascular (ACV) se encontraban antiagregados previo al evento.

Diseño: estudio observacional descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Comarcal, ámbito rural y urbano.

Población y muestra: se estudiaron 199 historias clínicas correspondientes a pacientes mayores de 18 años que fueron atendidos en el área de urgencias procedentes del ámbito extrahospitalario y que ingresaron con diagnóstico de ACV en un Hospital Comarcal durante el año 2009.

Intervenciones: revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados de ACV agudo en

urgencias. Se diseñó una hoja de recogida de datos donde eran registradas algunas variables relacionadas con los antecedentes personales del paciente y otras sobre la valoración que tenía lugar a su llegada a urgencias.

Resultados: de la población muestra diagnosticada de Diabetes Mellitus (DM), encontramos que un 52,9% de pacientes diabéticos tomaban AAS como fármaco preventivo mientras que el 47.1% restante ($p<0.002$) no lo tomaban o no quedaba registrado en su historia clínica.

Conclusiones: a pesar de las recomendaciones de las guías de práctica clínica, existe aun una gran proporción de pacientes diabéticos que no toman antiagregación como prevención primaria o secundaria para la aparición de enfermedades cardiovasculares o cerebrovasculares.

Palabras Clave: accidente cerebrovascular agudo (Acute Stroke), diabetes (Diabetes), antiagregantes (Anti-aggregants).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Accidentes cerebrovasculares hemorrágicos y anticoagulación oral previa: estudio descriptivo en un hospital comarcal

Ariza Molero B¹, Calleja Rodriguez C², Ceballos Luque E³, Pretel Pozo C², Pendón Fernández S⁴, Arana Bravo A⁴

¹Residente. CS Vélez- Málaga Sur (Málaga)

²Residente. CS Torre del Mar (Málaga)

³Residente. CS Nerja (Málaga)

⁴Médico. Urgencias Hospital Comarcal Axarquía (Málaga)

Título: Accidentes cerebrovasculares hemorrágicos y anticoagulación oral previa: estudio descriptivo en un hospital comarcal.

Objetivo: analizar el número de pacientes con Accidentes Cerebrovasculares (ACV) hemorrágicos en relación con la anticoagulación oral (ACO) previa al evento.

Diseño: estudio observacional descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Comarcal, ámbito rural y urbano.

Población y muestra: se estudiaron 199 historias clínicas de pacientes mayores de 18 años, atendidos en el área de urgencias procedentes del ámbito extrahospitalario e ingresados con diagnóstico de ACV durante el año 2009.

Intervenciones: revisión de las historias clínicas de los pacientes que fueron diagnosticados de ACV agudo en urgencias. Se diseñó una hoja de recogida de datos donde eran registradas algunas

variables relacionadas con los antecedentes personales del paciente, medicación previa y otras sobre la valoración que tenía lugar a su llegada a urgencias.

Resultados: el 43.3% de los pacientes con previa ACO presentaron un ACV hemorrágico, en comparación con la población que no tomaba ACO que solo obtuvo una incidencia de ACV hemorrágico del 16% ($p<0.001$); por otra parte, del total de los pacientes con ACO aproximadamente la mitad experimentó ACV hemorrágico (43.3%) y la otra de diferente índole (56.7%). De todos los que presentaron ACV de tipo hemorrágico un 32,5 % tomaban dicumarínicos previamente mientras que un 67,5% no tomaban dicumarínicos ($p<0.001$).

Conclusiones: los pacientes en tratamiento con ACO presentan prácticamente la misma proporción de ACV hemorrágicos que de otra naturaleza, es mayor además el número de hemorragias cerebrales en pacientes no anticoagulados que en los que si lo están.

Palabras Clave: accidente cerebrovascular hemorrágico, anticoagulación oral.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Intervención en mujeres con diagnóstico de osteoporosis para optimización de tratamiento preventivo de fractura mediante herramienta FRAX

Machuca Albertos M¹, De Lara López L², Luque Barea M²

¹Residente 1^{er} año Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Laguna. Cádiz

²Médico de Familia. UGC La Laguna. Cádiz

Título: intervención en mujeres con diagnóstico de osteoporosis para optimización de tratamiento preventivo de fractura mediante herramienta FRAX.

Objetivo: adecuar tratamiento preventivo de fracturas osteoporóticas, estimando necesidad de continuar con el mismo en base al riesgo de fractura de cadera a 10 años utilizando herramienta FRAX (OMS). Como objetivo secundario mejorar tasa utilización de antiresortivos.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: AP.

Población y muestra: mujeres con diagnóstico de osteoporosis (OP) en historia clínica que acuden a consulta por cualquier motivo. Se incluirán aquellas en cuya historia figure valor T-score cadera en los 2 últimos años y factores de riesgo OP (N=153).

Intervenciones: captación oportunista de mujeres con diagnóstico de OP. Valorar, mediante FRAX, riesgo de fractura cadera a 10 años según edad, T-score femoral y factores de riesgo OP. Revisar tratamiento OP que reciben. Reconsiderar, según características clínicas, necesidad de

continuación de tratamiento si riesgo de fractura de cadera a 10 años menor del 3%. Estadística SPSS.19.

Resultados: 213 captadas, se incluyen 153. Rango edad 51-81 años (media 68,4). En 14,37% el valor de T-score corresponde a hueso sano, en 58,82 a osteopenia y en 26,79 a osteoporosis siendo en estos casos la media de edad más alta. El 62,09% del total toman antiresortivos v.o. El 49,67% sin OP densitométrica reciben tratamiento. La valoración FRAX es $\geq 3\%$ en 38,56 mujeres, sin tratamiento el 6,77% de estas. Reciben tratamiento 47,87% de mujeres con riesgo $< 3\%$, al 51,11% se propone retirada hasta nueva valoración bianual. Se evidencia mejora en tasa antiresortivos.

Conclusiones: la decisión de tratar debe ser individualizada, valorando riesgo de fractura con herramientas validadas.

Es posible mejorar costoeficiencia del tratamiento.

El diagnóstico de OP en nuestra población está sobreestimado.

Palabras Clave: osteoporosis (osteoporosis), fractura (fracture), prevención (prevention).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Se aprovecha el control prenatal para el rastreo de cáncer de cérvix?

Téllez Joya F¹, Oliva Moreno C², Laserna Rodríguez N², Ruiz Peña M³

¹Médico Residente 3^{er} año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algeciras Norte. Algeciras (Cádiz)

²Médico Residente 4^o año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algeciras Norte. Algeciras (Cádiz)

³Médico de Familia. CS Los Barrios. Cádiz

Título: ¿se aprovecha el control prenatal para el rastreo de cáncer de cérvix?

Objetivo: estimar la prevalencia de cáncer de cérvix en mujeres embarazadas en la primera visita prenatal.

Diseño: observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: Atención Primaria de salud.

Población y muestra:

Sujetos a estudio: embarazadas que acudan a su primer control prenatal.

Variables: edad, grupo étnico, estado civil, clase social, estudios, situación laboral, económica, tabaco, relaciones sexuales a temprana edad, número de parejas sexuales, número de partos, enfermedades de transmisión sexual...

Tamaño muestral: el muestreo simple aleatorio estratificado por centros de salud garantiza una muestra equiprobabilística, con una variabilidad similar a la de la población de estudio. Como no conocemos el número de embarazadas que se realizan citologías y este dato no es suficientemente conocido en la literatura científica, se acepta para un nivel de confianza del 95%, una proporción de embarazadas desconocida

(se asumirá $p=1=50\%$) y un error muestral de $\pm 5\%$.

Considerando un nivel de no respuesta del 20%, se seleccionarán 147 mujeres para poder alcanzar el número de sujetos estudiados suficientes para que los resultados sean representativos de la realidad (al menos 112 personas).

Intervenciones: practicar un estudio citológico en la primera visita prenatal como parte del control rutinario en una gestante.

Resultados: se realizará determinaciones en estadística descriptiva; tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas; medidas de tendencia central y dispersión. en inferencia, se realizará medición de posibles asociaciones entre variables mediante contraste de test de hipótesis. para el análisis bivalente, se empleará la prueba de X^2 para variables cualitativas y anova para las cuantitativas.

Conclusiones: para estudiar la asociación de las variables que podría predecir la presencia de la no realización de citologías en embarazadas se hará un análisis multivariante con modelo de regresión logística binaria.

Palabras Clave: Uterine cervical cancer, Pregnancy, Study prevalence.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Grado de control de los factores de riesgo vascular en diabéticos tipo 2 en un centro de salud rural

Cabrera Bonilla A¹, Moreno Fontiveros M¹, González Fernández M², Espino Montoro A³, Barrios Artillo M⁴

¹Médico de Familia

²Técnico de laboratorio

³Médico Internista

⁴Médico general

Título: grado de control de los factores de riesgo vascular en diabéticos tipo 2 (DM2) en un centro de salud rural.

Objetivo: valorar el grado de control de los factores de riesgo vascular (FRV) en DM2 adscritos a una consulta de medicina de familia.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud rural.

Población y muestra: pacientes DM2 incluidos en el proceso de diabetes. Se excluyeron: pacientes mal incluidos en el proceso, con enfermedad mental, deterioro cognitivo grave, enfermedad terminal, neoplasia, encamados, con importantes limitaciones físicas, embarazadas o periodo de lactancia y aquellos sin analítica en los últimos 12 meses.

Intervenciones: se recogieron datos de cada paciente registrados en Diraya.

Resultados: se analizaron factores sociodemográficos (edad, sexo), datos clínicos (tabaquismo,

IMC, presión arterial, colesterol total, c-HDL, c-LDL, triglicéridos, HbA1c), tratamiento farmacológico y Framingham.

Obtuvimos una muestra de 75 pacientes. El 48% eran varones (edad media: 70.9 ± 9.9 años). Solo el 20% presentaba normopeso. Peso medio: 74.8 ± 13.8 Kg. El 30% eran fumadores. La PA sistólica y diastólica se hallaron controladas en el 68% y 87% de la muestra (el 68% tenían controladas ambas). La HbA1c era < 7 en el 50% de los casos (media de 7.39 ± 1.38 %). Se halló un control óptimo de colesterol total del 51%, LDL-c del 49%, HDL-c del 65% y triglicéridos del 72% (control lipídico total del 32%). El 71% de los pacientes eran de alto riesgo según la puntuación de Framingham y de ellos el 25% eran de muy alto riesgo. El 10.7% de los pacientes alcanzaban el objetivo.

Conclusiones: a pesar de que hay una tendencia a un mejor grado de control de los FRV en estos pacientes, todavía estamos lejos de conseguir un control óptimo del riesgo vascular en DM2.

Palabras Clave: riesgo cardiovascular, diabetes, rural.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Efectividad de un plan de comunicación interdisciplinar en una UCG

Reyes Ruiz I¹, Merina Díaz R², Reyes Gómez L¹, Fernández Rosa A¹, Fernández Barrios M³, Acemel Hidalgo D¹

¹Médico de Familia. UGC Madre de Dios. Jerez de la Frontera (Cádiz)

²Médico de Familia. UGC Jerez Centro. Jerez de la Frontera (Cádiz)

³Dirección Asintencial. Distrito Sanitario Jerez Costa Noroeste (Cádiz)

Título: Efectividad de un plan de comunicación interdisciplinar en una UCG.

Objetivo: analizar el conociendo y utilización de los medios disponibles y los flujos de información interdisciplinar existentes en una UCG, con la intención de mejorar el desarrollo del trabajo de los profesionales que en ella trabajan y la calidad de la asistencia prestada a los usuarios.

Diseño: estudio transversal descriptivo.

Emplazamiento: unidad de gestión clínica.

Población y muestra: los profesionales que componen la unidad: 12 médicos, 10 enfermeros, 3 auxiliares de enfermería, 7 celadores conductores.

Intervenciones: encuesta de 12 preguntas realizada a los profesionales tras la implantación de un plan de comunicación interdisciplinar.

Resultados: se realizaron un total de 32 encuestas: el 50% de los encuestados son hombres y el 50% mujeres. El 66% tienen entre 41 a 55 años de edad,

un 28% son mayores de 55 años y un 6 % menor de 40. El 66% se respondió que conocía el Plan de comunicación y un 34 % que no lo conocían. Un 86% de los encuestados creen que la implantación del Plan mejora la comunicación entre ellos y un 14% que no. El 78% cree que la mejor comunicación entre ellos mejora la calidad asistencial.

Conclusiones: la sistematización del flujo de información interdisciplinar permite una verdadera comunicación, ayuda a utilizar eficazmente los medios disponibles en la UGC mejorando el desarrollo del trabajo de los profesionales y la asistencia a los usuarios. Así mismo favorece la retroalimentación potenciando la comunicación ascendente y horizontal que optimice la toma de decisiones y la organización interna. El Plan de comunicación es perfectamente aplicable con la lógica adaptación a los medios existentes y a las peculiaridades propias a otras Unidades de Gestión Clínica.

Palabras Clave: calidad de la atención de salud (Quality of Health Care), Atención Primaria de salud (Primary Health Care), comunicación interdisciplinaria (Interdisciplinary Communication).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación de un programa de apoyo a cuidadores de personas dependientes en un medio rural: “taller de cuidadores”

Moreno Fontiveros M^aA¹, Cabrera Bonilla A², Nuñez Vaquero L³

¹Médico de Familia. CS Estepa. Sevilla

²Médico de Familia. CS Saucejo. Sevilla

³Médico de Familia. CHARE. Utrera (Sevilla)

Título: Evaluación de un programa de apoyo a cuidadores de personas dependientes en un medio rural: “taller de cuidadores”.

Objetivo: conocer las características propias de los cuidadores, para adecuar las intervenciones, y evaluar los programas que actualmente dirigimos a ellos, en este caso el “taller de cuidadores”

Diseño: estudio descriptivo y cuasiexperimental.

Emplazamiento: municipio de Gilena de la ZBS Estepa Sur (Área de Gestión Sanitaria de Osuna).

Población y muestra: asistentes al taller de cuidadores.

Intervenciones: las participantes cumplieron un cuestionario de elaboración propia y

el Test de Zarit antes de comenzar el taller. Al cabo de 3 meses se contactó telefónicamente, para realizar un nuevo cuestionario.

Resultados: las variables seleccionadas intentan describir las características de los cuidadores de enfermos dependientes, su nivel de sobrecarga; grado de dependencia del enfermo, y grado de satisfacción por el taller.

Conclusiones: el peso del cuidado de la persona dependiente recae en la mujer, siendo éstas agentes de salud. La realización de programas de apoyo y talleres como éste es positiva, pero se hace necesario seleccionar intervenciones más efectivas.

Palabras Clave: cuidadora (caregiver), promoción de la salud (promotion of the health), dependiente (dependent patient).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

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

Pedrosa Arias M¹, Alberdi Martín L², Conde Valvis Fraga S³, Villarrubia Martos B¹

¹Médica de Familia. CS Huétor Tajar (Granada)

²Medica Residente 2º año de Familia. CS Huétor Tajar (Granada)

³Medica Residente 4º año de Familia. CS Huétor Tajar (Granada)

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

Objetivo: conocer opinión sobre la sedación paliativa entre usuarios de Atención Primaria y explorar potencial relación con factores socio-demográficos y experiencia familiar de cáncer.

Diseño: descriptivo.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Población y Muestra: 182 usuarios de consulta a demanda de consultorio rural (93) y cs en barrio marginal urbano (89).

Intervenciones: encuesta personalizada (Fernández Díaz) de 10 ítems.

Análisis univariante y bivariante.

Resultados: mujeres 70%, edad media 49.4 años, sin estudios 26% y estudios superiores 12%.

Tenían familiar con cáncer el 62%, residían en barrio marginal urbano el 51% y en zona rural el 49%.

A favor de sedación terminal el 86.2% de encuestados sin diferencias por edad, sexo, ni entorno rural o marginal. La aceptación de la sedación mostró relación significativa y relevante con la experiencia familiar de cáncer; siendo más frecuente entre quienes la habían tenido respecto a los que no (63% vs 36% $p=0,13$). No aceptan sedación o no sabrían posicionarse el 24% de los no estudios, el 15% de los de estudios superiores y el 10% de los de estudios primarios ($p=0,08$).

Conclusiones: la mayoría de nuestra población está a favor de la sedación siendo más aceptada en sujetos con estudios y con familiares afectados de cáncer. No se observan diferencias por ámbito geográfico.

Palabras Clave: sedación (Sedation), cáncer (Cancer), terminal (terminal).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Efectividad del ejercicio físico y técnicas de relajación en pacientes con artrosis y fibromialgia

Merina Díaz R¹, Peña González P², Reyes Gómez L³, Reyes Ruiz I⁴

¹Médico de Familia. UGC Jerez Centro. Jerez de la Frontera (Cádiz)

²Médico Epidemiólogo. Distrito Sanitario Jerez Costa Noroeste (Cádiz)

³ATS. UGC Madre de Dios. Jerez de la Frontera (Cádiz)

⁴Médico de Familia. UGC Madre de Dios. Jerez de la Frontera (Cádiz)

Título: Efectividad del ejercicio físico y técnicas de relajación en pacientes con artrosis y fibromialgia.

Objetivo: valorar la efectividad del empleo de técnicas de relajación y ejercicio físico, en el tratamiento de mujeres con dolor por artrosis y/o fibromialgia, y su repercusión en la calidad de vida.

Diseño: estudio prospectivo de intervención.

Emplazamiento: centro de salud Jerez Centro.

Población y muestra: 44 mujeres entre 50 y 74 años, con dolor osteo-muscular de más de 6 meses de evolución, diagnosticadas de artrosis y fibromialgia.

Intervenciones: se realizó un taller cuyo contenido se basaba en charlas de educación para la salud, técnicas de relajación, y ejercicio, de tres meses de duración, con una sesión semanal de 90 minutos de duración. Todas las participantes respondieron a un cuestionario al inicio y al final del taller.

Resultados: la media de los valores obtenidos al aplicar la Escala Visual Analógica para el dolor al inicio del taller fue de 6,82 (DE=1,749), siendo al final la media = 5,36 (DE=1,885). Respecto a los valores obtenidos al aplicar el Test de Rosenberg para valorar la autoestima, la media al inicio del taller fue de 29,11 (DE=4,88), y la media al final de 30,78 (DE=4,29). En estas dos variables las diferencias fueron significativas con una P (0,000) y P (0,0021) respectivamente. En el resto de las variables estudiadas también se observó mejoría.

Conclusiones: para el tratamiento de enfermas con artrosis y fibromialgia, es de gran utilidad emplear junto a los tratamientos farmacológicos habituales, otras terapias complementarias como talleres de ejercicio y relajación. Es fundamental el abordaje multidisciplinar de estas pacientes, e introducir este tipo de técnicas en la cartera de servicios de nuestros Centros de Atención Primaria.

Palabras Clave: ejercicio (Exercise Therapy), relajación (Relaxation), artrosis (Osteoarthritis), fibromialgia (Fibromyalgia).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Nivel de conocimiento sobre las voluntades vitales anticipadas en la población general

Cano Vázquez E¹, Crespo Domínguez H¹, Ruiz Ruiz J², Estella A³

¹Médico Residente 3^{er} año de Medicina de Familia. Hospital de Jerez de la Frontera (Cádiz)

²Médico de Familia. Hospital de Jerez de la Frontera (Cádiz)

³Facultativo especialista de área. UCI. Hospital de Jerez de la Frontera (Cádiz)

Título: Nivel de conocimiento sobre las voluntades vitales anticipadas en la población general.

Objetivo: determinar el grado de conocimiento sobre las voluntades vitales anticipadas (VVA) y analizar las preferencias de la población general.

Diseño: estudio descriptivo transversal en el que se encuestó durante 3 semanas a una muestra elegida al azar de la población general.

Emplazamiento: población general. Medio urbano.

Población y muestra: se incluyeron a las personas que quisieran participar previo consentimiento informado.

Intervenciones: encuesta de elaboración propia con datos demográficos y 9 preguntas sobre VVA.

Resultados: fueron encuestadas 60 personas, 29 mujeres y 31 hombres. La edad media fue 41 años con un rango entre 17 y 86 años. La mayoría eran católicos, no practicantes un 38,3% y practicantes un 23,3%, no creyentes un 21,7%, un 8,3% pertenecían a otras religiones y 5 no contestaron

sobre su religión. El 76,7% no trabajaba en ámbito sanitario y el 51,7% tenían familiares con enfermedades crónicas discapacitantes. Habían oído hablar sobre las VVA un 48,3% y conocían que es el testamento vital un 58,3%. La gran mayoría, el 95% no había realizado las VVA, al 50% les gustaría decidir ellos mismos si padecieran una enfermedad grave, un 21% prefieren que compartir la decisión con su familia. En caso de incapacidad un 48,3% elegirían a su familiar como representante en la toma de decisiones, la pareja en un 23,3% y el médico en un 18,3%. Tras ser informados 48,3% mostró interés en cumplimentar las VVA. 40% desconocen donde se realizan ni quién tendría acceso a su declaración.

Conclusiones: la mayoría de los encuestados no ha realizado sus VVA, y tras informarse, menos de la mitad tiene interés en cumplimentarlas.

La población encuestada prefiere decidir por sí misma ante un problema de salud y elegirían a sus familiares en caso de incapacidad antes que a su médico.

Palabras Clave: testamento vital (living will), ética médica (medical ethics), derecho a muerte digna (right to die).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Prevención del cáncer de cérvix en una consulta de planificación familiar de un centro de salud urbano

Infantes Ramos R¹, Ng Molina J², Fernández-Fígares Montes C³, Valero Roldán J⁴, Ortega de León M², García Paine J¹

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS El Palo. Málaga

²Médico Residente de Medicina de Familia. CS Puerto de la Torre. Málaga

³Médico Residente de Medicina de Familia. CS Victoria. Málaga

⁴Médico de Familia. Pabellón C Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

Título: Prevención del cáncer de cérvix en una consulta de planificación familiar de un centro de salud urbano.

Objetivo: evaluar el registro de datos en las historias clínicas de las pacientes que acuden a la consulta de planificación familiar en función al protocolo asistencial integrado del cáncer de cérvix.

Diseño: descriptivo transversal retrospectivo.

Emplazamiento: CS Puerto de la Torre. Zona I. Complejo Hospitalario Carlos Haya.

Población y muestra: se evaluaron un total de 97 pacientes que acudieron a la consulta de planificación familiar durante el año 2010, elegidas de forma aleatoria simple. Este tamaño muestral nos permitió estudiar el objetivo principal de la investigación con una precisión de 0.09 con un nivel de confianza del 95%.

Intervenciones: se evaluaron las variables edad, registro del PAI de cáncer de cérvix, registro de toma de muestra, registro de comunicación de resultados, anamnesis, exploración física y cum-

plimiento de la secuencia temporal de citologías según factores de riesgo.

Resultados: de las 97 pacientes evaluadas, 16 no acudieron a su cita de citología. De las 81 restantes la edad media fue de 38 años. Los mayores déficit de registro se produjeron en las variables de anamnesis (no registrado en el 37% de los casos, si en el 63%) y exploración física (no recogida en el 47% de los casos, si en el 53%). El cumplimiento secuencial de citologías según el PAI fue correcto en el 75,3 % de los casos.

Conclusiones: a pesar del descenso de la incidencia del cáncer de cérvix, aún persiste un déficit en la captación médica (16%), sobre todo en mayores de 65 con FR, con escasa concienciación por parte de las pacientes. La recogida de datos en la historia clínica es escasa, fundamentalmente en la anamnesis (FR) y exploración física.

Si mejoramos la captación y la recogida de datos mejoraremos la calidad del proceso asistencial.

Palabras Clave: cáncer de cérvix (Cancer uterine cervix), Atención Primaria (Primary care).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Interrupción voluntaria del embarazo: estudio del perfil de la paciente inmigrante que la solicita

López Torres G¹, Hernández Carmona A², Lorenzo Hernández M³, Abdel-lah Mohamed M¹, Hernández Pérez de la Blanca M⁴, Osorio Martos C⁵

¹Médico de Familia. CS Cartuja. Granada

²Médico de Familia. CS Baeza. Jaén

³Médico de Familia. Hospital Santa Ana. Motril (Granada)

⁴Médico de Familia. CS Almanjáy. Granada

⁵Médico de Familia. CS La Chana. Granada

Título: Interrupción voluntaria del embarazo: estudio del perfil de la paciente inmigrante que la solicita.

Objetivo: estudiar el perfil de las mujeres inmigrantes solicitantes de interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: se incluyen en el estudio todas las mujeres inmigrantes que solicitaron interrupción voluntaria del embarazo (IVE) durante los años 2010 y 2011.

Intervenciones: aprovechamos la consulta para la solicitud de IVE, así como las posteriores (consulta de planificación familiar y trabajadora social) para realizar una entrevista. Recogimos estas variables: edad, nacionalidad, estado civil, nivel de estudios, actividad laboral, número de hijos, métodos anticonceptivos utilizados, motivos por el que solicitan IVE y solicitud previa. Analizamos los datos mediante el paquete estadístico SPSS 15.0

Resultados: del total de 189 solicitudes de IVE tramitadas, 43 (22.7%) corresponden a inmi-

grantes. Edad media de las inmigrantes de 25.6 años, un 4.5% mayores de 40 años, y un 11.8% menores de 18 años. Nacionalidades: sudamericanas (38%), magrebíes (24%), rumanas (20%), países europeos (10%) y otros países (8%). Un 78% estaban casadas, y 22% solteras (15% referían pareja estable, y 7% no). Hasta un 43% no tenían estudios o sólo estudios primarios. Sólo un 33% estaban actualmente trabajando. El 64% tenían hijos, con una media de 1.5 hijos, teniendo el 36.4% más de dos hijos. Un 33.3 % utilizaban preservativo, un 9.2% anticonceptivos hormonales y un 57.5% no utilizaban anticoncepción. Sin IVE anteriores se registran un 59.2%, con IVE previas un 33.7% y con dos o más IVE el 7.1%. El motivo principal de solicitud fue riesgo para la salud materna.

Conclusiones: un porcentaje importante de las IVE corresponden a población inmigrante. Se trata de un sector de la población vulnerable con mayores dificultades para acceder a la adquisición de métodos anticonceptivos y educación sexual. Tendríamos que facilitar el acceso a las consultas de Planificación Familiar.

Palabras Clave: aborto (Abortion), inmigrante (Immigrant), Atención Primaria (Primary Care).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Cómo han evolucionado las solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo? Estudio descriptivo realizado en un centro de salud urbano entre los años 2009 y 2011

López Torres G¹, Rodríguez Delgado E², Lorenzo Hernández M², Hernández Carmona A³, Osorio Martos C⁴, Santaella Ortega M⁵

¹Médico de Familia. CS Cartuja. Granada

²Médico de Familia. Hospital Santa Ana. Motril (Granada)

³Médico de Familia. CS Baeza. Jaén

⁴Médico de Familia. CS La Chana. Granada

⁵Dispositivo de Cuidados Críticos y urgencias (DCCU). Granada

Título: ¿Cómo han evolucionado las solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo? Estudio descriptivo realizado en un centro de salud urbano entre los años 2009 y 2011.

Objetivo: conocer la evolución de las solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) tramitadas en un centro de salud entre los años 2009 y 2011. Evaluar el perfil de las pacientes que los solicitan y valorar si tras la IVE acuden a la consulta de Planificación Familiar (PF).

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: se incluyen todas las pacientes que solicitan IVE entre los años 2009 y 2011.

Intervenciones: tras la realización de IVE se citaron para seguimiento en la consulta de PF. Variables recogidas: edad, nacionalidad, asistencia a PF, método anticonceptivo utilizado, número de hijos, solicitudes de IVE previas, motivo de solicitud y edad gestacional.

Análisis estadístico SPSS 15.0.

Resultados: se tramitaron un total de 256 solicitudes de IVE. Por años: 67 en 2009, 78 en 2010 y 111 en 2011. Edad media de 26 ± 6.5 años. Un 23.7% eran inmigrantes. Acuden a consulta posterior de PF el 78.3%. Un 23% no utilizaban método anticonceptivo en el momento de la consulta, de las que sí utilizaban un 47% usaban preservativo y el 53% anticonceptivos hormonales (mayoritariamente anticonceptivos hormonales orales, dispositivo intrauterino e implante hormonal subcutáneo). Un 39% no tenían hijos, y en el otro extremo un 26% tenían más de dos hijos. Un 22.7% de los casos tenían IVE previas. El supuesto legal en el 99% de los casos fue riesgo para la salud materna y posteriormente (LO: 2/2010) libre elección. El 97.1% se solicitaron antes de la 12 semana de gestación. Tras la consulta de PF el 97.8% salieron con un método anticonceptivo elegido de forma personal.

Conclusiones: se observa una tendencia creciente de las solicitudes de IVE. Debemos mejorar la asistencia de PF así como el seguimiento posterior a la realización de la IVE.

Palabras Clave: aborto (abortion), Atención Primaria (Primary Care), planificación familiar (family planning).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Cirugía menor realizada en un centro de salud urbano: evaluación de la calidad en los registros de los consentimientos informados

López Torres G¹, Abdel-lah Mohamed M¹, Hernández Pérez de la Blanca M², Osorio Martos C³, Hernández Carmona A⁴, García Moreno S⁵

¹Médico de Familia. CS Cartuja. Granada

²Médico de Familia. CS Almanjáyar. Granada

³Médico de Familia. CS La Chana. Granada

⁴Médico de Familia. CS Baeza. Jaén

⁵Médico de Familia. Hospital Virgen de las Nieves. Granada

Título: Cirugía menor realizada en un centro de salud urbano: evaluación de la calidad en los registros de los consentimientos informados.

Objetivo: 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 transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: se evaluaron todos los consentimientos informados realizados por escrito en los procedimientos de cirugía menor realizados en el centro de salud durante todo el año 2011.

Intervenciones: se recogen las siguientes variables: modelo de CI empleado, datos identificativos del personal sanitario (categoría profesional, nombre completo, CNP/ número de colegiado/ DNI, firma), datos identificativos del paciente (nombre completo, DNI/NUSS, firma), existencia de representante legal, tipo de intervención y fecha, información sobre el procedimiento/ complicaciones/ contraindicaciones/ análisis de la muestra obtenida.

Resultados: evaluamos 102 CI (100% de las intervenciones realizadas). Un 39% fueron realizados utilizando el modelo antiguo, de estos modelos antiguos en un 43% no se especificaba

el tipo de intervención realizada, mientras que la información sobre posibles complicaciones/ contraindicaciones sólo se recogía en un 31%.

La categoría profesional se especificaba en el 97% de los CI. Enfermería utilizaba mayoritariamente (88%) el modelo antiguo.

Con respecto a los datos del médico: nombre completo (aparece en el 98%), número identificativo (78%) y firma (95%). Los datos de residentes constan en el 48% de los CI evaluados, y de otros profesionales (enfermería, auxiliares de enfermería) en el 37%.

Datos del paciente: nombre completo (aparece en el 99%), números de identificación (76%; DNI: 49% y NUS: 27%) y firma (95%). El representante legal aparece en un 19% de los casos.

La fecha de la intervención no se recoge en un 21% de los casos.

Conclusiones: es necesario mejorar la calidad de registro en los consentimientos informados de cirugía menor, y sobre todo homogeneizar la cumplimentación de los mismos, incorporando en dicha tarea a todos los profesionales del centro de salud.

Palabras Clave: cirugía (surgery), consentimiento informado (Informed consent), Atención Primaria (Primary are).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Sexo del paciente y control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2)

Fidalgo Duarte I¹, Bustelo Gómez I¹, Barros Rubio C², Casas Ciria I¹, Fernández Barrios A¹, Moratalla Rodríguez G¹

¹Médico de familia. CS Loreto-Puntales. Cádiz

²Médico de familia. CS Pinillo Chico. Cádiz

Título: Sexo del paciente y control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

Objetivo: determinar si existen diferencias en el control metabólico de la DM2 entre sexos, así como de sus complicaciones vasculares.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: pacientes con diagnóstico de DM2 adscritos al centro de salud. Muestra: 195 pacientes (calculada para una confianza del 95%, una precisión del 5% y una prevalencia esperada del 11%, en una población de 20.000 habitantes aproximadamente) seleccionados por muestreo aleatorio. Se excluyen 5 pacientes con DM1.

Intervenciones: recogida de datos a través de Historia Clínica Diraya desde enero a diciembre de 2011.

Variables: demográficas (sexo y edad); de control metabólico (Hemoglobina glicosilada (Hb1Ac), complicaciones vasculares de la DM2 – retinopatía, nefropatía, accidente cerebrovascular (ACVA), arteriopatía periférica y cardiopatía

isquémica (CI)); de atención sanitaria (realización de Hb1Ac, exploración de pies, consulta de enfermería, número de visitas, retinografía realizada en los últimos dos años).

Análisis de datos: Paquete estadístico SPSS V.15

Resultados: el perfil en este área de salud es una mujer de 68 años, con IMC 30,8 kg/m², Hb1Ac 7,17% y sin complicaciones vasculares. El 47,2% son hombres (IC: 39,91-54,44) y 52,8% mujeres (IC: 45,55-60,08). La complicación más frecuente es la CI en hombres con un 11,3% (IC: 6,58-15,97). La aparición de ACVA es más frecuente en hombres mayores de 68 años (p= 0,001), OR hombre/mujer=8 (IC 1,69-15,17) y OR >68/<68 =3,04 (IC 1,1-8,42). Del resto de variables no hay diferencias porcentuales entre hombres y mujeres.

Conclusiones: no existen diferencias entre sexos en el control metabólico de DM2, ni en la atención sanitaria, en área de salud estudiada, así como en la aparición de complicaciones cardiovasculares, excepto ACVA, el cual es más probable en hombres mayores de 68 años.

Palabras Clave: Sex, Type 2 Diabetes Mellitus, Hemoglobine A1 glycosilated.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Accidente ofídico ¿existe consenso en su tratamiento?

Lorenzo Hernández M^aP¹, López Torres G², García Moreno S³, Lorenzo Hernández E⁴, Sánchez Muñoz F⁵, Herrera López C⁵

¹Médico de Familia. Hospital Santa Ana. Motril (Granada)

²Médico de Familia. CS Cartuja. Granada

³Médico de Familia. Hospital Ruiz De Alda. Granada

⁴Estudiante Medicina. Granada

⁵Médico de Familia. Hospital de Baza. Granada

Título: Accidente ofídico ¿existe consenso en su tratamiento?

Objetivo: exponer las diferentes recomendaciones en casos de mordeduras de serpientes.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: servicio de urgencias de Atención Primaria.

Población y muestra: revisión bibliográfica de 18 artículos a través de la Biblioteca Virtual del SSPA. Variables estudiadas: inmovilización de extremidad, realización de incisión y succión, aplicación de vacuna antitetánica y profilaxis antibiótica, realización de torniquete y compresión, aplicación de frío local y administración de suero antiofídico.

Intervenciones: consulta de las diferentes actuaciones y tratamientos más habituales ante una mordedura, y realización de un protocolo de actuación urgente.

Resultados: todos los artículos consideran las mordeduras como envenenamiento mientras no se demuestre lo contrario, así como a la importancia de tranquilizar al paciente. En todos recomiendan usar antídoto antiofídico en casos

graves, realizando pruebas de hipersensibilidad. El 77% recomiendan identificar el tipo de serpiente. El 83% de los artículos recomiendan inmovilizar la extremidad por debajo del nivel del corazón (22%) o por encima del nivel del corazón para evitar el síndrome compartimental (22%). Contraindicada la incisión alrededor de la herida (78%) y la succión (67%). El 78% recomiendan lavar y desinfectar la herida con desinfectantes no tintados. Recomiendan aplicar vacuna antitetánica y profilaxis antibiótica en el 50%. Contraindicado el torniquete en un 78% de los artículos en víboras europeas, en el 22% sí recomiendan realizarlo para retardar la difusión del veneno. Se recomienda vendaje compresivo linfático suave sin afectar la circulación arteriovenosa en el 50% de la bibliografía. Contraindicada la aplicación de hielo/frío local en un 39%.

Conclusiones: los accidentes ofídicos generalmente ocurren casualmente en el campo como mecanismo de defensa de estas especies. El saber qué hacer reducirá el estrés, dando lugar a un tratamiento efectivo. Existen diferentes puntos de vista sobre las recomendaciones, resultando contradictorios y ambiguos.

Palabras Clave: mordedura de serpiente (snake bites), venenos de víboras (viper venoms), urgencias (urgency).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Violencia de género: evaluación de las agresiones atendidas en un servicio de urgencias

Lorenzo Hernández M^aP¹, López Torres G², García Moreno S³, Herrera López C⁴, Cabrera Enríquez S⁵, Sánchez Muñoz F⁴

¹Médico de Familia. Hospital Santa Ana. Motril (Granada)

²Médico de Familia. CS Cartuja. Granada

³Médico de Familia. Hospital Ruiz De Alda. Granada

⁴Médico de Familia. Hospital de Baza (Granada)

⁵Dispositivo cuidados críticos y urgencias. Granada

Título: Violencia de género: evaluación de las agresiones atendidas en un servicio de urgencias.

Objetivo: evaluación del perfil de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias por agresión.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo transversal.

Emplazamiento: servicio de urgencias de Atención Primaria.

Población y muestra: pacientes que acuden al servicio de urgencias por agresión durante los primeros 5 meses del 2012. Variables estudiadas: edad, antecedentes previos, carácter de la lesión, juicio clínico, agresor, partes de lesiones, acompañamiento por fuerzas de seguridad, derivación hospitalaria, y realización de curas.

Intervenciones: revisión de las historias médicas.

Resultados: muestra total: 57 pacientes. Edad media de 32,23 años. Sexo: hombres (47,37%), mujeres (52,63%). El 15,78% tenían antecedentes previos de agresión. En el 66,66% de los casos el carácter de la lesión era leve. Juicio Clínico

emitido: Agresión (49,12%), Policontusiones (10,52%), Agresión física (7%), Contusiones (3,5%) y Violencia de género (3,5%). El agresor causante: personas sin vinculación (14%), robo (14%), esposos (12,28%), no identifican al agresor (12,28%), reyertas juveniles (7%), hijos (5,26%), por compañeros de colegio (5,26%). En el 73,68% se emitió Parte de Lesiones al Juzgado de Guardia, manualmente (31%) e informatizado (69%). El 12,28% acudieron acompañados por fuerzas de seguridad. Se derivó al hospital el 14%. Precizaron cura el 35,10%. De los 7 casos de violencia de género el 57,14% tenían antecedentes previos. La edad media de mujeres atendidas por violencia de género fue de 39,85 años. En 3 casos no desvelan al agresor (5,26%). sábados y domingos son los días que más casos de violencia de género se atienden (57,14%).

Conclusiones: no se realizan partes de lesiones en todos los casos, siendo éste un aspecto a mejorar. A pesar de la información y apoyo sociosanitario hacia la mujer aún siguen existiendo casos de violencia de género reiteradamente, por miedo de la víctima.

Palabras Clave: agresión (aggression), violencia doméstica (domestic violence), urgencias (urgency).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Características clínicas de los pacientes hipertensos de un centro de salud

Soriano Carrascosa L, Sabatel Gómez-Román J

Médico de Familia. CS La Caleta. Granada

Título: Características clínicas de los pacientes hipertensos de un centro de salud.

Objetivo: conocer las características clínicas y el perfil de prescripción en la población hipertensa de un centro de salud.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: CS La Caleta. Granada.

Población y muestra: de una población de hipertensos de 1853 incluidos en el programa de HTA, se seleccionaron de manera aleatoria 220 historias.

Intervenciones: se elaboró una hoja de recogida de datos: edad, sexo, antihipertensivos recibidos (grupo terapéutico: diuréticos, IECAs, ARAs II, beta-bloqueantes, antagonistas del calcio, y alfa-bloqueantes, solos o en asociación. El análisis estadístico fue con la T de Student.

Resultados: 124 (56.3%) mujeres edad media 73.5 años; y 96 varones (43.7%) edad media 72.42. De las 220 pacientes con tratamiento 66 (30%) estaban con monoterapia. El grupo más frecuente en monoterapia fueron los IECAs con 26 (39.9%), y

detrás diuréticos tiazídicos con 20 (30%), seguidos por beta-bloqueantes (10.66%); y ARA II (seis tratamientos), antagonistas del calcio (cinco tratamientos) y alfa-bloqueantes (dos tratamientos). Mientras que 133 (60%) pacientes tenían más de un fármaco. La asociación más frecuente ha sido, IECAs con HCTZ (39%), seguido por ARAII con HCTZ (21%), la tercera más frecuente diuréticos con betabloqueantes (9%). Con tres o más fármacos veintiún tratamientos (9,5%) de los pacientes toman tres o más fármacos, siendo la asociación más frecuente la de IECAs más diurético tiazídicos más betabloqueante. Se han utilizado un total de 390 fármacos, siendo los diuréticos seguidos de los IECAs los más prescritos.

Conclusiones: los fármacos más utilizados para el tratamiento de la HTA son los diuréticos tiazídicos asociados a IECA; en monoterapia los IECAs; en algunas ocasiones las asociaciones carecen de evidencia científica. En este centro de salud, el tratamiento antihipertensivo responde a los criterios de calidad que establecen las Guías para el tratamiento antihipertensivo.

Palabras Clave: elderly, primary care, prescription of antihypertensive drugs.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Seguimiento y calidad asistencial de pacientes en tratamiento con estatinas en un centro de salud

Valero Roldan J¹, López Leiva M², Fernández- Fígares Montes C³, Infantes Ramos R⁴, Pérez Enríquez I⁴, Martínez Alonso G⁴

¹Médico de Familia SCCU. Hospital Civil. Pabellón C. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

²Enfermera. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

³Médico Residente de Familia. CS Victoria. Málaga

⁴Médico Residente de Familia. CS El Palo. Málaga

Título: Seguimiento y calidad asistencial de pacientes en tratamiento con estatinas en un centro de salud.

Objetivo: evaluar el cumplimiento de criterios establecidos para la prescripción de estatinas en pacientes seguidos en un centro de salud.

Diseño: ciclo evaluativo, evaluación interna cruzada.

Emplazamiento: CS El Palo. Distrito Sanitario Málaga.

Población y muestra: pacientes en tratamiento con estatinas adscritos al CS El Palo en marzo 2010. N=2214. Muestreo aleatorio sistemático: n= 350 ($\alpha=0.05$; precisión 95%) k= 6.

Intervenciones: criterios normativos:

1- Diagnóstico previo de Dislipemia (DL), diabetes mellitus (DM) ó alguna enfermedad cardiovascular (ECV).

2- Analítica con perfil lipídico completo en el último año.

3- Cifras de LDL < 100 en pacientes con DM2 en tratamiento con estatinas, para evitar tener mayor prevalencia de alteraciones lipídicas, implicando un alto riesgo cardiovascular por sí mismo.

Resultados: se incluyen 364 pacientes (53% hombres, edad media 65 años) de los cuales el 67% presenta dislipemia, el 38% DM y el 21,2% ECV. Se obtiene el siguiente cumplimiento de criterios: 1) 86,5% (83.03-90,04); 2) 56% (50.95-61,14); 3) 23,3% (15,14-31,47).

Conclusiones: se precisa mejorar la realización de perfil lipídico anual y la consecución de niveles de LDL colesterol en pacientes con DM. Se observa un control más exhaustivo de cifras de LDL en pacientes con algún evento cardiovascular por parte de su médico, llegando al 45% el porcentaje de pacientes bien controlados.

Palabras Clave: Primary Care, Diabetes Mellitus, Dyslipemia.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación del nivel de conocimientos de SVB en la población de Sevilla

Vargas Iglesias S, Winkler G, Gamero Luna E, Mora Ortiz I

Médico Residente de Familia. Centro de Salud El Juncal. Hospital Universitaria Virgen del Rocío. Sevilla

Título: Evaluación del nivel de conocimientos de SVB en la población de Sevilla.

Objetivo: principal: evaluar el nivel de conocimientos de SVB en una muestra de la población de Sevilla.

Valorar la opinión de los encuestados acerca de la necesidad de promover la enseñanza de estas maniobras en Atención Primaria y otros ámbitos.

Diseño: observacional.

Emplazamiento: Sevilla capital.

Población y muestra: referencia: 57.923 personas (Población de Sevilla capital con edades comprendidas entre 35 y 39 años).

Muestral: 100 personas (Tamaño muestral mínimo recomendado con un 99% de confianza y un 5% de margen de error: 54 personas).

Intervenciones: encuesta autoadministrada de 11 preguntas con respuestas múltiples cerradas.

Mediciones: Se valoran los conocimientos como "muy deficientes", "escasos" o "aceptables" según la puntuación de la encuesta de cada individuo (se asigna una variable cualitativa a los resultados de la encuesta). Se valora con respuesta dicotómica su opinión sobre si debe promoverse su enseñanza.

Marco temporal: 1 de Septiembre a 15 de Noviembre de 2011.

Variables:

- Edad, sexo, nivel de estudios, profesión.
- Realizado curso RCP: si/no.
- Familiar con enfermedad cardiopulmonar: si/no.
- Conocimientos de SVB (Encuesta) y opinión promoción (si/no).

Resultados: los resultados más destacados son:

- El 3% de la muestra acertó las 11 preguntas realizadas.
- El 51% presentó "conocimientos escasos en SVB".
- El 18% poseía "conocimientos aceptables".
- Mejores resultados en aquellos que habían realizado cursos de RCP.
- El 13% de los que convivían con familiares enfermos poseían "conocimientos aceptables en SVB".
- El 88% de la población opinó que se debía promover la enseñanza de estas maniobras en Atención Primaria y otros ámbitos.

Conclusiones: el conocimiento en el ámbito comunitario de SVB es bajo y debería procurarse mayor acceso efectivo a la población general, así como el desarrollo de herramientas que lo facilitaran.

Palabras Clave: soporte vital básico (Basic Life Support), reanimación cardiopulmonar (Cardiopulmonary resuscitation), enseñanza sanitaria (Health education).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Vueltas con la seguridad del paciente en Atención Primaria. ¿Sabemos cómo actuar ante un incidente?

Abdel-Lah Mohamed M¹, Hernández Pérez de la Blanca M², López Torres G³, Osorio Martos C³, García Moreno S⁴

¹Médico de Familia. CS Cartuja. Granada

²Médico Residente. CS Almanjáyar. Granada

³Médico de Familia. CS La Chana. Granada

⁴Médico de Familia. Hospital Virgen de las Nieves. Granada

Título: Vueltas con la seguridad del paciente en Atención Primaria. ¿Sabemos cómo actuar ante un incidente?

Objetivo: explorar el conocimiento que profesionales de dos centros de salud tienen sobre factores contribuyentes en aparición de incidentes relacionados con seguridad del paciente (SP) y sobre comunicación de dichos incidentes.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: dos centros de salud urbanos.

Población y muestra: todos los profesionales sanitarios que quieren participar se les realiza varias preguntas sobre SP, centrándonos fundamentalmente en propuestas para mejora y declaración de incidentes. Tamaño muestral: 40.

Intervenciones: edad, género, categoría profesional. Términos que asemejan con SP, factores contribuyentes a aparición del incidente, conocimiento del sistema de notificación y propuestas de mejora.

Análisis SPSS 17.0

Resultados: del total de 40 encuestados, 65% mujeres, 35% hombres. Edad media: 47'3 años. Categoría profesional: médicos de familia (46%), médicos internos residentes (22%), enfermería (20%), pediatras (7%), auxiliar de enfermería (5%). Términos que asemejan a SP: efectos adversos práctica asistencial (42%), confidencialidad (29%), medicamentos (17%), higiene de

manos (7%), presión asistencial (5%). Factores contribuyentes a la aparición de un incidente: falta de formación (28%), efectos secundarios farmacológicos (21%), malas infraestructuras (13%), fallo registro historias clínicas (11%), presión asistencial (9%), falta de atención (7%), fallo confidencialidad (6%) e intimidad (5%).

El 89% de encuestados reconocen una implicación activa en SP. Hasta un 47% refieren que no conocen el sistema de notificación de incidentes. Un 57% cree que su práctica clínica es segura. Hasta un 81% tiene la percepción de haber estado implicado o haber podido evitar un efecto adverso.

Entre las propuestas para mejorarla destacan: formación (40%), mejora comunicación con el paciente e interprofesional (23%), manejo fármacos (20%) y disminución de presión asistencial (6%).

Conclusiones: los profesionales debemos tomar las actividades de SP como ayuda para trabajar en entornos difíciles y complejos, no como un cuestionamiento de nuestra profesionalidad y autonomía.

Formación de grado y periodo médico interno residente (MIR) son oportunidades de mejora.

Notificación de incidentes, como indicador de cultura de SP, también proporciona información imprescindible para la mejora.

Palabras Clave: patient safety, primary care, adverse effects.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Importancia de registros en la historia clínica del paciente con ideación autolítica en urgencias hospitalarias

Infantes Ramos R¹, Valero Roldán J², Fernández-Fígares Montes C³, López Leiva M⁴, Martínez Chamorro A⁵, Villalba Beltrán G⁵

¹Médico Residente. CS El Palo. Málaga

²Médico de Familia SCCU. Pabellón C HRU Carlos Haya. Málaga

³Médico de Residente de Familia. CS Victoria. Málaga

⁴Enfermera. HRU. Carlos Haya. Málaga

⁵Médico Residente. CS Palma-Palmilla

Título: Importancia de registros en la historia clínica del paciente con ideación autolítica en urgencias hospitalarias.

Objetivo: evaluar el registro de datos en la historia clínica de pacientes asistidos en urgencias por conducta suicida así como la repercusión de dichas pérdidas de datos.

Diseño: estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: servicio de urgencias Hospital Civil. Pabellón C HRU Carlos Haya.

Población y muestra: se analizan 118 historias de pacientes asistidos en las urgencias de Hospital Civil, durante los tres primeros meses de 2011, elegidos de forma aleatoria simple. Este tamaño muestral nos permitió estudiar el objetivo principal de la investigación con una precisión de 0.09 con un nivel de confianza del 95%.

Intervenciones: se evalúan las pérdidas en la recogida de datos de las variables edad, sexo, nacionalidad, estado civil y laboral, hábitos

tóxicos, antecedentes psiquiátricos y/o autolisis, tratamiento médico, seguimiento y valoración especializada, finalidad y herramienta del acto, factores asociados, valoración psiquiátrica durante ingreso y destino al alta en relación a la conducta suicida. Se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS.V15.

Resultados: tras analizar los registros de los 118 pacientes, se obtuvo que el 77,2% de las historias era incompleta para algunas variables, considerándose de este modo historias completamente válidas el 22,8%.

Las mayores pérdidas se hallaron en las variables de estado civil (36,8%) y laboral (69,5%).

Conclusiones: las historias clínicas de los pacientes con conducta suicida en el área de urgencias presentan déficits en la recogida de datos, especialmente en las variables de estado civil y estado laboral, registros catalogados como importantes factores precipitantes en la conducta suicida según las últimas actualizaciones en guías de práctica clínica.

Palabras Clave: emergency, suicidal behavior.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Puesta en marcha y resultados del programa de cáncer de piel mediante teledermatología en un centro de salud urbano

Salvador Comino M¹, Perea Cejudo P², del Yerro Páez V², Garrido Torres N¹, Pérez-Cerezal Moreno M², Regife García V²

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS San Luis. Sevilla

²Médico de Familia. CS San Luis. Sevilla.

Título: Puesta en marcha y resultados del programa de cáncer de piel mediante teledermatología en un centro de salud urbano.

Objetivo: analizar los resultados del "Proceso cáncer de piel" de nuestro centro de salud en 2 años.

Diseño: descriptivo.

Emplazamiento: CS San Luis, Sevilla.

Población y muestra: 442 casos de una población de 18863.

Intervenciones: ante la sospecha de cáncer de piel se realizan fotografías y se envían de forma telemática, a un dermatólogo consultor. Este establece un diagnóstico de sospecha, indicando la actitud a seguir.

Resultados: analizamos 442 pacientes. En el grupo de edad entre 65 y 74 años se observó el mayor porcentaje de casos (7,4%). El diagnóstico del dermatólogo consultor fue 1º queratosis seborreica, 2º nevus melanocítico común adquirido y 3º carcinoma basocelular. En un caso fue de melanoma. El tiempo medio entre la teleconsulta y la respuesta de dermatología fue de 15 días.

El control de calidad demostró un 22,23% de discrepancias entre médico de familia y derma-

tólogo. El índice kappa intraobservador fue de 0,728 (IC 0,67-0,77).

Se redujo la necesidad de citar en dermatología a un 66,9% de casos.

Conclusiones:

- La implantación del programa de cáncer de piel en nuestro centro de salud ha permitido detectar un importante número de nuevos casos de lesiones premalignas y malignas.

- El control de calidad demostró una concordancia intraobservador entre dermatólogo y médico de familia buena, kappa de 0,72.

- La teledermatología evita desplazamientos en un 66,9%, reduciendo los costes e inconvenientes de desplazamientos y pérdida de días laborables, agilizando la consulta dermatológica.

- El programa permite la detección y el tratamiento precoz del cáncer de piel en un tiempo adecuado, siendo en el caso del melanoma no mayor de 7 días.

Palabras Clave: teledermatology (teledermatología), concordance (concordancia), skin cancer (cáncer de piel), store-and-forward (diferida).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Qué saben los adolescentes del SIDA?

Castillo Trillo B¹, Paz Galiana J², Criado Zofio M³, Canalejo Echeverría A⁴, Pérez Enríquez I¹, Herrera Moreno C⁵

¹Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

²Médico Residente 3º año Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

³Enfermera. CS El Palo. Málaga

⁴Médico de Familia. CS El Palo. Málaga

⁵Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

Título: ¿Qué saben los adolescentes del SIDA?

Objetivo: valorar los conocimientos sobre SIDA en un instituto.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: instituto de educación secundaria y bachillerato. Centro de salud urbano.

Población y muestra: alumnos entre 12 y 17 años. Muestra no aleatoria de alumnos que participan mediante la cumplimentación de un cuestionario en mesas informativas sobre SIDA formadas por profesionales del centro de salud.

Intervenciones: se ofrece a los alumnos un cuestionario con el que valorar los conocimientos sobre el SIDA. Posteriormente se reparten folletos informativos. Las variables analizadas son: curso, significado de SIDA, diferencia entre seropositivo y VIH, vías de contagio, medidas de prevención, dónde pedirían ayuda, posible contagio con una sola relación sexual.

Resultados: alumnos: 105. 49.5% de E.S.O, 29.6 de bachillerato y un 21% de otros cursos. El

50.5% conoce el significado de SIDA. Un 11.4% conoce la diferencia entre ser seropositivo y tener VIH, un 54.3 % conoce alguna vía de contagio y solo un 27.6 conoce dos o más. Un 55.2% conoce alguna medida preventiva y sólo un 23.8 % conoce dos o más. En caso de necesitar ayuda acudirían en un 69.5% al médico y un 3.8 % a algún familiar. A la pregunta sobre la posibilidad de contagiarse con una sola relación sexual sin método de barrera, un 77.1% contesta de forma afirmativa, pero un 6.7% sigue pensando que no es posible. En el análisis mediante estadístico de contingencia Chi-2 se obtiene una diferencia significativa $p < .001$ en los conocimientos evaluados en todas las variables según los niveles educativos

Conclusiones: se detecta un nivel de desconocimiento elevado sobre el SIDA, sus formas de contagio y las medidas preventivas. Se observa un mejor conocimiento en los niveles educativos más altos aunque los resultados tampoco son los deseables. Es necesario, en consecuencia, realizar intervenciones educativas y adecuarlas a las necesidades de los alumnos.

Palabras Clave: AIDS, adolescent, knowledge.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

El tabaco entre los adolescentes

Castillo Trillo B¹, Pérez Enríquez I¹, Herrera Moreno C², Canalejo Echeverría A³, Manteca González A³, Criado Zofio M⁴

¹Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. CS el Palo. Málaga

²Residente 2º año Medicina familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

³Médico de Mamilia. CS El Palo. Málaga

⁴Enfermera. CS El Palo. Málaga

Título: El tabaco entre los adolescentes.

Objetivo: valorar el contacto con el tabaco y hábito tabáquico en adolescentes de un instituto.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: instituto de educación secundaria. Centro de salud urbano.

Población y muestra: alumnos de 1º ESO. Muestra no aleatoria de los alumnos que participan mediante la cumplimentación de un cuestionario.

Intervenciones: se realiza una charla informativa sobre tabaco en un centro de salud.

Se ofrece a los alumnos un cuestionario con el que valorar el hábito tabáquico y el contacto con el tabaco. Las variables analizadas son: edad, sexo, fumadores en la familia, humo en casa, haber comprado tabaco para alguien, si molesta el humo, si han probado el tabaco, si les gustaría probarlo, amigos fumadores, hábito tabáquico, número de cigarrillos, opinión sobre el tabaco.

Resultados: alumnos: 126, entre 11 y 14 años, edad media 11.9. 52.4% varones.

Un 87.3 % tiene algún familiar fumador, siendo los padres en un 55.4%, los hermanos en 2.7% y otros familiares en el 41.9%. El 14.3% dice que lo han mandado a comprar tabaco. El 50.8% refiere que se fuma dentro de la casa y un 77.8% contesta que sí le molesta el humo. El 12.7% dice que ha probado el tabaco y un 6.3% dice que le gustaría probarlo. Un 58.7% refiere tener algún amigo fumador y un 4.8 % dice ser fumador. El 98.4% cree que el tabaco es malo para la salud, y el resto consideran que no le afecta.

Mediante el estadístico de contingencia Chi-2 no se observan diferencias significativas en los participantes que refieren tener padres fumadores.

Conclusiones: un alto porcentaje de alumnos pueden ser considerados fumadores pasivos. Un porcentaje considerable de alumnos ya han probado el tabaco y algunos son fumadores activos. Las intervenciones educativas deben orientarse a las edades adecuadas para evitar el inicio del hábito tabáquico e informar sobre sus perjuicios.

Palabras Clave: tobacco, adolescent, smoking.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Significado de la estancia formativa en el centro de salud al iniciar la residencia. Un entramado relacional complejo

Carretero Maras M¹, Ramírez Robles R², Robles Casado B³, García Tirado M⁴, de los Ríos Álvarez A⁴, Vides Batanero M²

¹Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS Cartuja. Granada

²Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS Almanjáyar. Granada

³Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS La Chana. Granada

⁴Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia. Granada

Título: Significado de la estancia formativa en el centro de salud al iniciar la residencia. Un entramado relacional complejo.

Objetivo:

- Explorar el proceso de reflexión del R1 y el significado del aprendizaje que revela su discurso sobre las experiencias formativas en el primer semestre.

- Analizar discursos y profundizar en propuestas de mejora.

Diseño: estudio transversal retrospectivo. Metodología cualitativa: técnica de grupo focal (GF).

Emplazamiento: Unidad docente de Medicina familiar y Comunitaria de Granada.

Población y muestra: residentes de primer año del año 2010 y 2011. 7-8 residentes en cada año.

Intervenciones: se realizaron dos grupos focales con residentes de primer año tras estancia en CS en 2010 y 2011; participaron 7-8 residentes/GF y se finalizó al alcanzar saturación. Se realizó audiograbación, transcripción, triangulación y análisis mediante asignación de campos, códigos y subcódigos de acuerdo a modelo conceptual de aprendizaje profesional.

Resultados: el CS emerge como escenario de retos heterogéneos, complejos e interrelaciona-

dos para el residente; con impacto en bienestar, integración, sentimiento de eficacia y aprovechamiento formativo.

La esfera relacional es dominio relevante y el residente afronta la construcción de un entramado relacional no sólo con pacientes (inicio del rol profesional) sino también con tutor (inicio de relación personal y formativa), profesionales (relación de equipo) y otros residentes (relación cooperativa).

El discurso revela dificultades iniciales para definir un espacio y rol en consulta y para el diálogo abierto con tutor sobre responsabilidad, opinión o expectativas propias; percibiéndose al tutor como referente/modelo.

El autodescubrimiento de rutas de aprendizaje profesional como la asunción de responsabilidad (aprender haciendo) y la reflexión sobre la propia práctica a pie de pista, emerge claramente del discurso de residente.

Conclusiones: este trabajo profundiza en las dificultades que afronta el residente en su primera estancia en el CS subrayando la complejidad de retos y las potenciales áreas de mejora como facilitación relacional y gestión de la tutorización respecto a responsabilidad y modelo comunicacional/relacional (diálogo abierto y toma compartida de decisiones).

Palabras Clave: practice, focal group, residents.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Taquicardias paroxísticas supraventriculares atendidas por un dispositivo móvil de urgencias

Rodríguez González M¹, Barberán Morales C¹, Palacio Millán S¹, García Sánchez R², Castro Ríos A², Cabilla Vargas J¹

¹Médico de Familia. UGC Bahía de Cádiz

²Enfermera. UGC Bahía de Cádiz

Título: Taquicardias paroxísticas supraventriculares atendidas por un dispositivo móvil de urgencias.

Objetivo: describir los pacientes atendidos por taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) por el dispositivo móvil de apoyo de un distrito de Atención Primaria.

Diseño: estudio transversal.

Emplazamiento: pacientes atendidos por un dispositivo móvil de apoyo perteneciente a un distrito sanitario de Atención Primaria en año 2011.

Población y muestra: se incluyeron los pacientes cuyo diagnóstico fue TPSV que utilizaron este dispositivo para su demanda urgente.

Intervenciones: a través de las historias clínicas se recogieron las variables edad, sexo, hora de llamada, lugar de asistencia, síntomas iniciales, frecuencia cardiaca, tratamiento, reversión a ritmo sinusal y derivación.

Resultados: se atendieron 21 pacientes 61,9% (13) hombres, el intervalo de edad entre 46 y

65 años 57.14% (12). De 8:00 a 15:00 llamaron el 42.86%(9). El 52.38% (11) fue atendido en el centro de salud. Presentaron palpitaciones el 61.9% (13), opresión torácica el 28.57% (6) y disnea el 9.52% (2).El 47.62% presentaba frecuencia cardiaca entre 150-180 latidos por minuto. Se administró adenosina al 42,85% (9), amiodarona al 23,81% (5), propranolol al 14.28% (3) y masaje del seno carotídeo al 19.05% (4). Revirtieron a ritmo sinusal 12 pacientes (57.14%) Derivación a hospital con ambulancia medicalizada 80.95% (17).

Conclusiones: el paciente atendido por TPSV se corresponde con hombre de edad media. La demanda es mas frecuente por la mañana y desde el centro de salud. El síntoma más frecuente son las palpitaciones. La frecuencia cardiaca es superior a 150 latidos minuto en su mayoría. Casi la mitad fue tratado con adenosina consiguiendo la reversión a ritmo sinusal en un alto porcentaje. La mayoría fueron trasladados al hospital en ambulancia medicalizada. ¿Son infravaloradas las palpitaciones en nuestras consultas?

Palabras Clave: emergencias (urgencias), Paroxysmal tachycardia supraventricular (TPSV), Adenosine (adenosina).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Reanimación cardiopulmonar avanzada realizada por un dispositivo móvil de urgencias

Barberán Morales C¹, Rodríguez González M¹, García Sánchez R², Romero Corvillos J³, Fuentes Vázquez F³, Crespo González M²

¹Médico de Familia. UGC Bahía de Cádiz

²Enfermera. UGC Bahía de Cádiz

³Enfermero. UGC Bahía de Cádiz

Título: Reanimación cardiopulmonar avanzada realizada por un dispositivo móvil de urgencias.

Objetivo: describir los pacientes atendidos por parada cardiorrespiratoria (PCR) que recibieron reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada por el dispositivo móvil de apoyo de un distrito de Atención Primaria.

Diseño: estudio transversal.

Emplazamiento: pacientes atendidos por un dispositivo móvil de apoyo perteneciente a un distrito sanitario de Atención Primaria en el año 2011.

Población y muestra: pacientes que recibieron RCP avanzada tras parada cardíaca.

Intervenciones: de las historias clínicas se recogieron las variables edad, sexo, hora de llamada, lugar de asistencia, causa, RCP básica, ritmo inicial, tiempo de RCP y recuperación de pulso.

Resultados: se atendieron 12 pacientes 58.33% (7) hombres. El 25% (3) entre 26 y 45 años, 25%

(3) entre 46 y 65, 33.33% (4) entre 66 y 85 años y 16.66% (2) mayor de 85 años. De 15:00 a 24:00 ocurrió el 58.33% (7) de los casos. Ocurrieron en el domicilio el 75% (9) y el 25% (3) en vía pública. La causa de la PCR fue cardíaca en el 66.66% (8). Se inició RCP básica en el 25% (3). El ritmo inicial fue asistolia en el 58.33% (7). El tiempo medio de RCP fue de 25.42 minutos. Y recuperaron el pulso el 33.33% (4).

Conclusiones: los pacientes atendidos por PCR que recibieron RCP avanzada fueron en su mayoría hombres, por la tarde y en su domicilio. La causa mas frecuente fue cardíaca. Se inició RCP básica en una cuarta parte. Aproximadamente la mitad presentó asistolia como ritmo inicial. Se realizó 25 minutos de RCP avanzada como media y una tercera parte recuperó el pulso. La formación de la comunidad en RCP básica es fundamental para que la RCP avanzada pueda tener más éxito.

Palabras Clave: Emergencias (urgencias), Resuscitation (reanimación), Cardiac arrest (parada cardíaca).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Costes economicos a nivel sociosanitario derivado de situaciones de gran dependencia

Jiménez Rodríguez JM¹, Allam M², Fajardo Contreras C³

¹Trabajador Social. ESMC Plama del Río. Distrito Guadalquivir. Córdoba

²Médico Familia. Epidemiólogo. Distrito Sur. Cordoba

³Médico Familia. CS Rute. Distrito Sur. Córdoba

Título: Costes economicos a nivel sociosanitario derivado de situaciones de gran dependencia.

Objetivo: conocer el coste económico derivado de la utilización de recursos sociosanitarios 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 de la subbética cordobesa.

Población y muestra: ancianos y discapacitados reconocidos como "Gran Dependiente" pertenecientes a una zona rural de la subbética cordobesa.

Intervenciones: grandes dependientes reconocidos en 2010 que continuaban vivos el 31-12-10. Se recogieron las variables demográficas (edad y sexo) y variables económicas (gastos farmacéutico, gasto ortoprotésico, gasto social y nivel de ingresos).

Resultados: se incluyeron 78 personas con una edad media de 74,9 (Dt.19, 3; rango 12-98) años. Todos los gran dependientes fueron españoles y más del 60% fueron mujeres (47M/ 31H). El 28% fueron viudas frente a los 24% de personas casadas. El Nivel 1 (Grado III) de dependencia predominaba en un 63%. Las patologías más frecuentes fueron Demencia Senil y Alzheimer en un 20 % y 18% respectivamente. Menos de la mitad (45%) tenían una representación legal. El coste medio sanitario fue de 157, 42 €/ mes y el coste medio social de 579,25 €/ mes. En total el coste medio sociosanitario por persona y mes para 2010 fue de 736,67 €.

Conclusiones: la gran dependencia ocasiona un coste socioeconómico y sanitario elevado al que el paciente no puede hacer frente, por lo que un factor clave sería la planificación de recursos sociosanitarios.

Palabras Clave: gran dependiente, coste, economía, sanitario, envejecimiento.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Hipoglucemias atendidas por un dispositivo móvil de urgencias

García Sánchez R¹, Palacio Millán S², Barberán Morales C², Rodríguez González M², Castro Ríos A³, Romero Corvillos J¹

¹Enfermero. UGC Bahía de Cádiz

²Médico de Familia. UGC Bahía de Cádiz

³Enfermera. UGC Bahía de Cádiz

Título: Hipoglucemias atendidas por un dispositivo móvil de urgencias.

Objetivo: describir los pacientes atendidos por hipoglucemias por el dispositivo móvil de apoyo de un distrito de Atención Primaria.

Diseño: estudio transversal.

Emplazamiento: pacientes atendidos por un dispositivo móvil de apoyo perteneciente a un distrito sanitario de Atención Primaria en el año 2011.

Población y muestra: se incluyeron a todos los pacientes cuyo diagnóstico fue hipoglucemia y que utilizaron este dispositivo para su demanda urgente.

Intervenciones: a través de las historias clínicas recogimos las variables edad, sexo, hora de llamada, motivo de consulta, glucemia inicial, tratamiento de base y tratamiento administrado.

Resultados: se atendieron 47 pacientes 51,06% (24) hombres. Edades entre 10-20 años 2,12% (1), 21-40 años 21,27% (4), 41-60 años 21,27% (10), 61-80 años 25,53% (12) y mayores de 80 años 42,55% (20). De 8:00 a 15:00 llamaron 48,9% (23), de 15:00

a 24:00 el 29,78% (14) y de 24:00 a 08:00 el 21,27% (10). El motivo de consulta fue desvanecimiento (8,51%) (4), disartria (6,38%) (3), palidez y sudoración (23,40) (11), alteración del nivel de conciencia (57,44%) (27), mareos (10,63%) (5), agitación (4,26%) (2). La glucemia inicial era entre 10-20 mg/dl (4,26%) (2), entre 20-40mg/dl (59,57%) (28) y entre 40-60mg/dl (36,17%) (17). Administramos insulina un 65,95% (31). La insulina que más se utilizaba era insulina lantus con un 42,55% (16). Los pacientes que tomaban antidiabéticos orales (ADO) eran 17,02 (8). El tratamiento que más se administró fue agua-azúcar con un 42,55% (20) y glucagón 46.81% (22).

Conclusiones: el paciente atendido por hipoglucemia por el dispositivo de urgencias se corresponde con hombre de edad avanzada. La mitad de la demanda ocurre por la mañana. El motivo de consulta inicial más elevado fue por alteración del nivel de conciencia. Más de la mitad de los pacientes se administraban insulina y sólo un pequeño porcentaje tomaba ADO. ¿Hacemos bien la educación sanitaria en pacientes mayores insulinizados?

Palabras Clave: Hypoglycemia (hipoglucemia), insulin (insulina), Primary health care (Atención Primaria).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Factores de riesgo en pacientes con accidente cerebrovascular atendidos por un dispositivo móvil de urgencias

Barberán Morales C¹, Rodríguez González M¹, García Sánchez R², Castro Ríos A², Cabilla Vargas J¹, Crespo González M²

¹Médico de Familia. UGC Bahía de Cádiz

²Enfermera. UGC Bahía de Cádiz

Título: Factores de riesgo en pacientes con accidente cerebrovascular atendidos por un dispositivo móvil de urgencias.

Objetivo: describir los factores de riesgo en pacientes atendidos por accidente cerebral vascular (ACV) por el dispositivo móvil de apoyo de un distrito de Atención Primaria.

Diseño: estudio transversal.

Emplazamiento: pacientes atendidos por un dispositivo móvil de urgencias en el año 2011.

Población y muestra: se incluyeron a todos los pacientes cuyo diagnóstico final fue ACV y que utilizaron este dispositivo para su demanda urgente.

Intervenciones: a través de las historias clínicas se recogieron las variables edad, sexo, antecedentes personales (hipertensión (HTA), diabetes, dislipemia, fumador, obesidad, fibrilación auricular, ACV previo y cardiopatía estructural), tratamiento de base (anticoagulación y/o antiagregación), electrocardiograma y activación del código ICTUS.

Resultados: se atendieron 74 pacientes (56,76% (42) mujeres). Predominó el intervalo de edad entre 66-85 años (71,62%). Antecedentes personales: HTA, 56,76% (42), diabetes 31,08% (23), dislipemia 12,16% (9), fumador 6,76% (5), obesidad 2,70% (2), FA 20,27% (15) acv previo 33,78% (25) y cardiopatía estructural 33,78%(25). El 16,22% (12) de los pacientes recibían tratamiento anticoagulante y el 50% (37) tratamiento antiagregante. El 24,32% (18) presentaba una fibrilación auricular y se activó en código ICTUS en 7 ocasiones (9,46%).

Conclusiones: el paciente atendido por ACV por el dispositivo de urgencias se corresponde con mujer de edad avanzada. Muchos de los pacientes presentaban factores de riesgo, sobre todo HTA, diabetes y FA previa. Un alto porcentaje había tenido un ACVA previo. La mitad de los pacientes recibían tratamiento antiagregante. Solo en un bajo porcentaje se pudo activar el código ICTUS. Debería ser revisado el tratamiento antiagregante y anticoagulante de los pacientes con factores de riesgo.

Palabras Clave: urgent care (urgencias), cerebrovascular stroke (ACV), risk factors (factores de riesgo).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Pacientes oncológicos atendidos por un dispositivo móvil de urgencias

Romero Corvillo J¹, Bernal Castro J¹, Cabilla Vargas J², Barberan Morales C², Rodríguez González M^aJ², Castro Rios A³

¹Enfermero. UGC Bahía de Cádiz

²Médico de Familia. UGC Bahía de Cádiz

³Enfermera. UGC Bahía de Cádiz

Resumen: Pacientes oncológicos atendidos por un dispositivo móvil de urgencias.

Objetivo: analizar los motivos de consulta de pacientes oncológicos a través de un dispositivo móvil de apoyo a un distrito sanitario de Atención Primaria.

Diseño: estudio transversal.

Emplazamiento: pacientes atendidos por dispositivo móvil de apoyo a un distrito sanitario en el periodo: 1/ 08/2011 hasta 31/05/ 2012.

Población y muestra: se incluyeron todos los pacientes oncológicos que utilizaron este dispositivo para su demanda urgente, se excluyeron pacientes oncológicos cuyo motivo de consulta fue otra patología.

Intervenciones: de la historia clínica recogimos variables: sexo, edad, tipo de tumor, motivo de consulta y plan de actuación. Durante un período de 10 meses.

Resultados: se atendieron 41 pacientes, 41,47% varones. La edad media 68,5 años. Según tumor, demandaron asistencia urgente: el cáncer de

colon 29,26 % (12 pacientes), hepático 14,63% (6), mama 12,20% (5), pulmón y próstata 9,75% (4), gástrico 4,87% (2), laringe, páncreas, carcinomatosis peritoneal 2,43%, desconocido con metástasis óseas (1 paciente cada uno) y sin registro 9,75% (4). Síntomas que motivaron la consulta: dolor 36,58% (15), disnea 19,51% (8), exitus 14,63% (6), deterioro general 9,75% (4), agonía 7,31% (3), fiebre 4,87% (2), hemorragias, vómitos, agitación e imposibilidad de tomar tratamiento oral, cada uno 2,43% (1). Se controlaron en domicilio 35 pacientes (83,36%).

Conclusiones: la edad media de pacientes oncológicos atendidos en nuestro dispositivo abarca un rango amplio, predominando edades mayores de 60 años. La neoplasia más atendida fue la de colon seguido de hígado y mama. El motivo más frecuente de consulta fue el dolor seguido de disnea. La mayoría se controlaron con tratamiento en domicilio. En los últimos años la formación a profesionales en cuidados paliativos ha permitido disminuir la derivación hospitalaria de pacientes oncológicos.

Palabras Clave: Oncology patient (pacientes oncológicos), urgent care (atención urgencias), symptoms (síntomas).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Continuidad asistencial en pacientes paliativos por un dispositivo móvil

Romero Corvillo J¹, Barberán Morales C², Palacio Millán S², Rodríguez González M^aJ², Castro Rios A¹, Cabilla Vargas J²

¹Enfermero. UGC Bahía de Cádiz

²Médico de Familia. UGC Bahía de Cádiz

Título: Continuidad asistencial en pacientes paliativos por un dispositivo móvil.

Objetivo: describir tratamientos y derivaciones en pacientes oncológicos a través de un dispositivo móvil de apoyo a un distrito sanitario.

Diseño: estudio transversal.

Emplazamiento: pacientes atendidos por un dispositivo móvil de urgencias, entre 1/08/2011 hasta 31/05/ 2012.

Población y muestra: pacientes oncológicos que utilizaron este dispositivo para su demanda urgente, se excluyeron aquellos pacientes oncológicos cuyo motivo de consulta fue distinta de su patología oncológica.

Intervenciones: de la historia clínica se recogieron las variables sexo, edad, inclusión en Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, instauración de vía subcutánea para la administración de fármacos, tratamiento administrado, exitus y plan de actuación.

Resultados: se atendieron 41 pacientes, un 41,47% varones. La edad media fue 68,5 años.

Estaban incluidos en el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos 56.09% (23). Se instauró un dispositivo de vía subcutánea al 7.31% (3). El 83.36% (35) se trató en su domicilio, administrándose Cloruro Mórfico en el 34.28% (12). El 24.39% (10) fueron atendidos por exitus. Se controlaron con tratamiento en domicilio 35 (83,36%), 2 (4.87%) fueron trasladados en dispositivo móvil de urgencia, 4 (9.74%) en ambulancia convencional; de estos últimos, el 50% (2) fueron derivados por claudicación familiar.

Conclusiones: la edad media de los pacientes oncológicos atendidos en nuestro dispositivo abarca un rango de edades amplias, predominando las edades mayores de 60 años. La mayoría de los pacientes estaban incluidos en el Equipo de Soporte de Cuidados paliativos. La tercera parte de los pacientes requirieron tratamiento con morfina. Muchos de ellos se controlaron con tratamiento en domicilio. La continuidad asistencial por el dispositivo móvil de urgencias evita traslados hospitalarios y fomenta el cuidado de los pacientes en su domicilio.

Palabras Clave: Oncology patient (paciente oncológico), emergencies (urgencias), treatment (tratamiento).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación de la solicitud de hemoglobina glicosilada (HbA1c) en el distrito sanitario de granada y metropolitano

Merino De Haro I¹, Coronado Álvarez N², Papay Ramírez L³, Nieto García M⁴, De Haro Muñoz T⁵

¹Residente Médico de Familia. CS La Zubia. Granada

²Residente Análisis Clínicos. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

³Residente Bioquímica Clínica. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

⁴Médico de Familia. CS La Zubia. Granada

⁵Jefe UGC de Laboratorio. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Título: Evaluación de la solicitud de hemoglobina glicosilada (HbA1c) en el distrito sanitario de granada y metropolitano.

Objetivo: conocer si la solicitud de HbA1c en nuestro área se está realizando correctamente, así como determinar el porcentaje de pacientes con DM mal controlada.

Diseño: estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: centros de Atención Primaria y Especializada del distrito sanitario de Granada y metropolitano.

Población y muestra: todos los pacientes adultos (>18 años) a los que se les solicitó HbA1c durante el año 2011 (n=41386).

Intervenciones: revisión de las solicitudes de HbA1c y cálculo de la periodicidad de la misma por paciente. La base de datos se obtuvo del Sistema Informático de Laboratorio y la aplicación informática Omnium. Los datos de porcentaje de HbA1c se agruparon en función de los criterios de la ADA: rango no diabético <6,5, control aceptable de la DM [6,5-8] y DM mal controlada >8. Dentro de éste, se reanalizaron los datos en cuatro intervalos: [8-10], [10-12], [12-14] y >14%.

Resultados: la media diaria de HbA1c solicitadas fue de 113. En más del 90% de los casos, este parámetro se solicitó antes de cumplirse el trimestre. Siguiendo los criterios descritos anteriormente, el 50,0% y el 18,5% de las peticiones mostraron valores de HbA1c <6,5% y >8% respectivamente. Aproximadamente un 1% de las solicitudes de este segundo grupo (n=7655), tuvieron un valor superior al 14%.

Conclusiones: consideramos necesario instaurar medidas informáticas de alerta de resultados recientes, ante el abuso en la solicitud de HbA1c como control de la DM.

El alto porcentaje de peticiones con valores <6,5% podría sugerir una solicitud inapropiada a pacientes no diabéticos.

Debido al elevado número de pacientes mal controlados, consideramos necesario reevaluar o reeducar los hábitos higienicosanitarios para garantizar el cumplimiento del objetivo terapéutico.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus (Diabetes Mellitus), Hemoglobina A glicosilada (glycosylated A hemoglobin).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio del consumo de drogas de abuso entre la población adscrita a una zona básica de salud durante el año 2011

Merino De Haro I¹, García Linares S², Nieto García M³, Jiménez Ruiz J¹, de Haro Muñoz T⁴

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS La Zubia. Granada

²Residente Análisis Clínicos. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

³Médico de Familia. CS La Zubia. Granada

⁴Jefe UGC de Laboratorio. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Título: Estudio del consumo de drogas de abuso entre la población adscrita a una zona básica de salud durante el año 2011.

Objetivo: estimar la prevalencia del uso de drogas entre la población del área sanitaria adscrita a una zona básica de salud durante el año 2011 y comparar las cifras obtenidas en esta población con las proporcionadas por el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (EODT).

Diseño: estudio comparativo entre los datos de la OEDT y datos obtenidos de pacientes pertenecientes a la zona básica de salud estudiada.

Emplazamiento: se emplearon muestras de orina a las que se les solicitó prueba de tóxicos, recogidas entre la población general de la zona básica de salud.

Población y muestra: población de la zona básica de salud comprendida entre 15 y 64 años de edad.

Intervenciones: análisis de muestras en la sección de Toxicología, Equipo Autoanalizador Viva E (resolución fotométrica de -0.1 a 3.0 de

absorbancia) para cannabis, cocaína, anfetaminas, opiáceos, éxtasis y mdma.

Resultados: realizadas 97 determinaciones de tóxicos en orina, han tenido resultado positivo un 40.2% de las mismas para alguno de los tóxicos estudiados. Los porcentajes de positivos para los distintos tóxicos fueron los siguientes: cannabis 28.24%, cocaína 6.61%, opiáceos 1.27%, anfetaminas 0.76%, éxtasis 1.1% y mdma 0.0%. Se comparan las proporciones mediante prueba Z y obtenemos diferencias significativas en el consumo de anfetaminas (mayor en la población europea que en nuestra serie) y en el consumo de opiáceos (ligeramente mayor en nuestra serie que en la población europea).

Conclusiones: las diferencias observadas pueden ser reales o también deberse a los distintos criterios empleados en ambos casos para la recogida de los datos. Conviene la realización de estudios comparativos entre poblaciones con el mismo tipo de datos para constatar verdaderas diferencias porcentuales en el consumo de drogas de abuso.

Palabras Clave: Drug, toxic orine.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Mejora de calidad en prescripción de antiinflamatorios no esteroideos

Berná Guisado C, Carretero Matas M, Lafèbre S, Jareño Prades C, López Herrera M

Médico Residente 4º año. CS Cartuja. Granada

Título: Mejora de calidad en prescripción de antiinflamatorios no esteroideos.

Objetivo: mejorar la calidad de prescripción de AINEs según criterios de calidad del AGC 2012 del centro de salud.

Diseño: auditoría interna, estudio retrospectivo (diciembre 2011/mayo 2012).

Emplazamiento: centro de salud urbano de Atención Primaria, zona de transformación social.

Población y muestra: de un listado de farmacia de 577 pacientes mayores de 65 años, con AINEs prescritos en receta XXI en un periodo seis meses y un muestreo sistemático, se tomó una muestra de 250 pacientes.

Intervenciones: se analizaron variables: e-dad, número-tipo AINEs (diclofenaco, ibuprofeno, naproxeno, otro), dosis y tiempo prescripción, toma antihipertensivos, anticoagulantes/antiagregantes y polimedicados. La base de datos se analizó mediante SPSS-versión12 calculando

porcentaje de casos que cumple cada criterio de prescripción con IC 95%.

Resultados: el 74% pacientes tiene prescrito un AINEs (IC95%74±6), 19% dos y 7% tres o más. El 60% cumple el índice prescripción sintética (IC95%60%±6). Un 7% pacientes tiene prescripciones de AINEs simultánea (IC95%93%±3). El 58% de prescripciones tiene dosificación correcta (IC95%58%±6). El 75% del tiempo de prescripción es menor de tres meses (IC95%75%±5).

El 70% de pacientes toma antihipertensivo (IC95%70%±5); el 32% anticoagulante/antiagregante (IC95%32%±6) y el 68% son polimedicados (IC95%68%±6).

Conclusiones: dado que ninguno de los criterios establecidos en el AGC 2012 para la prescripción de AINEs cumple el estándar establecido, se presentarán estos resultados a los profesionales del CS con el objetivo de reevaluar a los 6 meses el cumplimiento de los mismos y poder así mejorar la calidad de prescripción y la seguridad del paciente.

Palabras Clave: Primary Care, Audit, Patient Safety.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Existe asociación entre actividad física (AF), dieta mediterránea e índice de masa corporal (IMC) en escolares de 12 a 16 años?

Muñoz Medina S¹, Romero Gutiérrez J¹, Carlet Pérez M¹, Chacón Gamero M²

¹Médico de Familia. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María (Cádiz)

²Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María (Cádiz)

Título: ¿Existe asociación entre actividad física (AF), dieta mediterránea e índice de masa corporal (IMC) en escolares de 12 a 16 años?

Objetivo: valorar la asociación entre AF, dieta mediterránea (dm) e IMC en escolares de 12 a 16 años de ambos sexos.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: institutos de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) en un área de salud urbana.

Población y muestra: escolares de ESO. Muestreo: por conglomerado + intencional. Muestra: 161 sujetos con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 3%. Criterios de inclusión (CI): Edad: 12-16 años. Matriculado en ESO en un instituto local. Ambos sexos. Firma del consentimiento informado por los padres/menores maduros. Criterios de exclusión: No cumplir algunos de los CI. Cumplimentación errónea o insuficiente de cuestionarios.

Intervenciones: medidas Antropométricas: báscula calibrada, tallímetro, sujetos descalzos y ropa ligera. Cumplimentación Test Kidmed (dm), Cuestionario Internacional de AF (IPAQ-

A). Variables cuantitativas: edad, peso, talla, percentiles de IMC (media, desviación típica). Cualitativas: sexo, Test Kidmed, IPAQ-A (frecuencia y porcentaje). Prevalencia de obesidad/sobrepeso ($p \geq 97/p \geq 85$). Análisis multivariante.

Resultados: 161 alumnos 74 varones y 87 mujeres. Media de 14,2 años $\pm 1,2$; talla de 164,2 cm $\pm 8,8$ y peso de 59,2 kg $\pm 11,5$. La prevalencia de obesidad es de 6,8% y la de sobrepeso es de 11,8%. Existen diferencias según género en la adherencia a la dm: el 35,1% varones tienen una adherencia alta a la dm: desayunan diariamente un lácteo. No toman golosinas ni dulces ($P < 0,01$). La práctica de AF masculina 78,4% y la femenina 59,8% ($P < 0,03$). El $P < 85$ es el más frecuente independientemente de la AF y adherencia a la dm.

Conclusiones: la AF en varones es mayor que en mujeres y disminuye a mayor edad. La mayoría de los escolares, sobre todo del sexo femenino presentan una adherencia media y baja a la dm. Mayor prevalencia de obesidad y sobrepeso en varones.

Palabras Clave: adolescent (adolescente), Obesity (obesidad), Diet Mediterranean (dieta mediterránea), Motor Activity (actividad física).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Alimentación y actividad física en adolescentes

Perez Enríquez I¹, Castillo Trillo B¹, Criado Zofio M², Canalejo Echeverría A³, Herrera Moreno C¹, Burgo Varo M⁴

¹Médico Residente. CS El Palo. Málaga

²Enfermera de Enlace. CS El Palo. Málaga

³Médico de Familia. CS El Palo. Málaga

⁴Trabajadora Social. CS El Palo. Málaga

Título: Alimentación y actividad física en adolescentes.

Objetivo: estudiar tipo de hábitos en alimentación y actividad física en adolescentes.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: instituto de educación secundaria perteneciente al área de un centro de salud urbano.

Población y muestra: muestra no aleatoria de alumnos de segundo y tercer curso de educación secundaria. Se cumplimenta un cuestionario previo a la charla impartida en su centro educativo sobre alimentación y actividad física, por profesionales del centro de salud.

Intervenciones: se cumplimenta un cuestionario sobre alimentación y actividad física, previo a la charla. Las variables analizadas son: edad, sexo, número comidas diarias, comida en el desayuno y recreo, frecuencia en la toma de verduras, frutas y lácteos, horas de sedentarismo y horas de actividad física diaria.

Resultados: participan 121 alumnos de edad media 14 años. El 53.7% son varones. Un 69.4%

realizan 4 ó 5 comidas al día. Sin desayunar 20,7% y comen en el recreo 90,1%, el 94.2% suele tomar un bocadillo. La mayor frecuencia en la toma de frutas es de un 37.2% tomándola a diario y en las verduras de 2 a 3 veces a la semana un 39.7%. El 63.7% toma lácteos 2 a 3 veces al día. El 39.7% dedican dos horas a diario al ocio sedentario y un 4.1% ninguna. En cuanto a la actividad física, un 43.8% la realiza la mayoría de los días. Mediante el estadístico de contingencia Chi-cuadrado de Pearson, se observa una diferencia significativa ($p < 0.05$) en el número de horas de actividades sedentarias siendo mayor en las mujeres. En el resto de variables no se evidencia diferencia significativa según el sexo.

Conclusiones: se observa en un alto porcentaje de alumnos, hábitos de alimentación adecuados. Con tendencia entre ellos hacia el ocio sedentario frente a una menor proporción que dedican su tiempo libre a la realización de actividad física. Es necesaria la intervención en la adolescencia para la adquisición de hábitos saludables, como la alimentación y la actividad física.

Palabras Clave: alimentación, actividad física, adolescencia.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Atención urgente a menores de 14 de medicina de familia

Adell Vazquez J¹, Romero Aguilar J¹, Rodríguez de La Borbolla Artacho C¹, Bervel Clemente S², Hierro Guilmain F¹

¹Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Infanta Elena. Huelva

²Médico Pediatra. Servicio de Urgencias. Hospital Infanta Elena. Huelva

Título: Atención urgente a menores de 14.

Objetivo: valorar la atención ofrecida a los menores de 14 años en un hospital comarcal.

Diseño: se realiza un estudio retrospectivo mediante revisión de historia clínica de menores de 14 años atendidos en el Área de Urgencias desde el 1 de Diciembre de 2011 hasta el 29 de Febrero de 2012.

Emplazamiento: hospital Infanta Elena (Huelva), área de urgencias, disponiendo de una consulta y una sala de espera pediátrica independientes del área de urgencias generales.

Población y muestra: pacientes de hasta 14 años de edad que solicitan atención urgente en el periodo entre 1 de Diciembre de 2011 hasta el 29 de Febrero de 2012.

Intervenciones: revisión de historia en Diraya analizando por grupo de edad, duración de la estancia, sexo y destino al alta, además se analiza aquellos pacientes cuya estancia supera las 6h.

Resultados: de un total de 2296 pacientes, 2003 son derivados a Médico de Familia (87,23%), ingreso en planta 176 (7,66%), traslado a otro hospital 8 (0,35%). El principal grupo de edades es 1-9 años 1351 (58,84%), 0-1 meses 15 (0,65%), 1-12 meses 504 (21,95%) 10 y 14 años 422 (18,37%). Respecto al sexo 1248 varones (54,35%) 1047 mujeres (45,6%). La estancia media, 2h y 6 minutos pacientes ingresados, de 2h y 39 minutos pacientes derivados a domicilio y de 2h y 32 mins pacientes derivados a otro hospital.

Respecto a pacientes que permanecen más de 6h; 52 casos (2,26% del total) 40 (80%) Médico de Familia, 9 ingresados (17,3%) y 3 Fuga (5,76%). Dentro de este grupo 13 (25%) patología digestiva, 11 patología respiratoria (21,15%) y 12 (23,07%) Síndrome Febril.

Conclusiones: la aplicación de protocolos de triaje produce una mayor eficiencia en la atención, permitiendo optimizar los recursos; la valoración de los pacientes cuya estancia supera la media revela generalmente la necesidad de administración de tratamientos cortos.

Palabras Clave: urgencias, pediatría, estancia media, derivación al alta.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Relación entre el sexo y las repercusiones clínicas, sociales y sobre la calidad de vida en la cardiopatía isquémica (CI)

Calderón Seoane M^aE¹, Ruiz Mellado M², Soler Vera I¹, Baena Mira J¹, Ferreira Morong F¹

¹Médico de Familia. CS de Puerto Real (Cádiz)

²Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS de Puerto Real (Cádiz)

Título: Relación entre el sexo y las repercusiones clínicas, sociales y sobre la calidad de vida en la cardiopatía isquémica (CI).

Objetivo: valorar diferencias biológicas, clínicas, sociales e impacto de calidad de vida desde la perspectiva de género en pacientes con cardiopatía isquémica.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: Zona Básica de Salud (ZBS) urbana.

Población y muestra: usuarios de una ZBS. Muestreo consecutivo: 139 pacientes; 63 mujeres y 76 hombres. Criterios de Inclusión: Pacientes con CI de ambos sexos entre 30-90 años, de nuestra área de salud, previa autorización al acceso de su Historia Clínica registrada en Diraya, consentimiento informado firmado. Criterios de exclusión: Pacientes con marcado deterioro cognitivo, en situación terminal, fuera del rango de edad, sin diagnóstico en su Historia de CI, que no deseen participar.

Intervenciones: entrevista para obtener datos A) sociodemográficos: edad, sexo, actividad laboral, estudios, estado civil. B) clínicos: Hipertensión

Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipemia, Índice de Masa corporal, sedentarismo, tabaquismo, forma de presentación, fecha y edad del paciente en el evento, tratamientos pautados, Impacto de calidad de vida (SF12).

Resultados: existen diferencias significativas ($p<0,05$) predominando el varón emparejado (84,2%), jubilado (52,6%) / incapacitado (38,2%), con estudios secundarios o superiores y mujer ama de casa (58,7%), sin estudios (46%). Aumenta el riesgo de CI en varón fumador (61,8%), no sedentario, con sobrepeso (60,5%) y en mujer hipertensa (68,3%), sedentaria (60,3%) y obesa. Mayor uso de nitritos en mujeres (57,1%) e hipolipemiantes (96,1%) en varones, frente al resto de fármacos. Edad media de presentación de la CI: 62,08 años en mujeres y 53,92 en hombres.

Conclusiones: existen diferencias sociodemográficas, clínicas, edad de aparición del evento coronario y en la calidad de vida entre ambos sexos. No hay diferencias en la presentación clínica, ni tratamientos administrados.

Palabras Clave: cardiopatía isquémica (Myocardial Ischemia), genero (Gender Identity), calidad de vida (Quality of life).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Valoración del nivel de cumplimiento de la guía de procesos asistenciales de las disfunciones tiroideas en Atención Primaria

Sánchez León C¹, Ortega Blanco JA², Rodríguez Rodríguez M³, Ortega Losada C³, Gil Cañete A⁴, Mora Moreno F⁴

¹Médico Residente 4º año Medicina de Familia

²Médico de Familia. Director CS Molino de la Vega. Huelva

³Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS Molino de la Vega. Huelva

⁴Médico de Familia. CS Molino de la Vega. Huelva

Título: Valoración del nivel de cumplimiento de la guía de procesos asistenciales de las disfunciones tiroideas en Atención Primaria.

Objetivo: comprobar el cumplimiento en el seguimiento de los pacientes incluidos en el proceso de disfunciones tiroideas.

Diseño: estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: pacientes pertenecientes a un centro de salud urbano actualmente en tratamiento con antitiroideos u hormonas tiroideas. Para un porcentaje de registro del 90%, una precisión al 5% y confianza del 95%, el número de pacientes es de 300.

Intervenciones: la información se obtiene de la historia de salud digital. Se recogen las siguientes variables: Edad, sexo, registro diagnóstico, buen-mal control, control analítico semestral o anual, adecuada derivación a endocrinología y adecuado tratamiento en hipotiroidismo subclínico.

Resultados: el 88% fueron mujeres, edad 53,6 (DT 17). La patología tiroidea más prevalente fue el hipotiroidismo primario autoinmune (64,7%). Se registró el diagnóstico en el 95% (IC 93-97%). Se solicitaron analíticas semestral o anual en 41,7% (IC 36-47%). Las cifras del perfil tiroideo en la última analítica registrada fueron normales en el 51,7% (IC 46-57%). Los pacientes con hipotiroidismo subclínico estaban tratados adecuadamente en el 41,9% (IC 20-63%). El 50,7% (IC 45-56%) de los pacientes fueron derivados correctamente al especialista.

Conclusiones: el registro del diagnóstico en la historia digital fue adecuado, aunque únicamente estaban bien controlados la mitad de los pacientes.

Según el proceso, los controles analíticos semestral o anual realizados, así como el tratamiento de los pacientes diagnosticados de hipotiroidismo subclínico no se estaban llevando a cabo correctamente en la mitad de los casos. Como también, sólo en algo más de la mitad de los casos, la derivación a atención especializada era adecuada.

Palabras Clave: Prevalence, Thyroid Diseases, Hyperthyroidism, Hypothyroidism.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Grado de satisfacción con una consulta de cefaleas en AP (Atención Primaria)

Moreno Álvarez P, Castro Agudo M, González Díaz M, Lozano Vicente A

Médico de Familia. CS Los Carteros. San José de la Rinconada Sevilla)

Título: Grado de satisfacción con una consulta de cefaleas en AP (Atención Primaria).

Objetivo: analizar una consulta de cefaleas en AP, por ser la cefalea un importante problema de salud tratable desde AP, dado el alto porcentaje de altas directas desde los servicios de neurología.

Medir el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a la consulta de cefaleas, en relación a diferentes aspectos de la misma (amabilidad, tiempo dedicado a explicar el padecimiento y el tratamiento, accesibilidad a la consulta, satisfacción con los tratamientos sintomáticos y preventivos, experiencia del facultativo y recomendación de la consulta), a través de un cuestionario, creado por el centro de salud, basado en el estudio CIEN-mig II.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud de AP.

Población y muestra: 137 pacientes censados en la consulta de cefaleas, seleccionados aleatoriamente, valorados al menos una vez en consulta.

Intervenciones: revisión de Historias Clínicas (edad, sexo y diagnóstico de cefalea-IHS 2004). Encuesta a los pacientes, valorando la satisfacción con las premisas antes citadas (respuestas-si/no).

Resultados: edades entre 13 y 73 años, media 38,8, desviación típica 13,3 e IC (95%) 36,5-41. El 87,6% mujeres. Diagnóstico más frecuente migraña con aura (45,3%), tensional 29,9%. Más de un 90% los pacientes están satisfechos, con la amabilidad (97%), experiencia del médico (96%), recomendaría la consulta (95%), el tiempo dedicado a la explicación del tratamiento (92%) y al proceso (90%). Menor satisfacción, la accesibilidad (77%), tratamiento preventivo (76%) y sintomático (83%).

Conclusiones: mejores resultados de satisfacción en relación al tiempo dedicado a las explicaciones y los tratamientos, en comparación con otros estudios en neurología, CIEN-mig II. Esto se debe a la mejor accesibilidad del paciente a la consulta en un centro de AP, un seguimiento más estrecho y a una adecuada experiencia y formación del médico, pudiendo extrapolarse a cualquier consulta de AP.

Palabras Clave: headache (cefalea), poll (encuesta), satisfacion (satisfacción).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Perfil de la mujer larga superviviente de cáncer de mama

García González F¹, Barberán Morales C², Palacio Millán S², Benítez Rodríguez E³, Sanz García M⁴, Machado Rugero M⁴

¹Enfermero. UGC Bahía de Cádiz

²Médico de Familia. UGC Bahía de Cádiz

³Epidemióloga. Registro provincial de cáncer de la provincia de Cádiz

⁴Registro provincial de cáncer de la provincia de Cádiz

Título: Perfil de la mujer larga superviviente de cáncer de mama.

Objetivo: describir las características clínico patológicas en largas supervivientes de cáncer de mama.

Diseño: estudio observacional retrospectivo.

Emplazamiento: municipios de un distrito sanitario.

Población y muestra: mujeres diagnosticadas por primera vez de un cáncer de mama (diagnóstico anatomopatológico o clínico) en los municipios de un distrito sanitario en el periodo 1992-2004.

Intervenciones: los datos proceden de un registro hospitalario de tumores. Como larga superviviente se entiende aquellas mujeres que viven más de 5 años tras el diagnóstico. El estado vital de la paciente se ha obtenido tras el cruce con el índice nacional de defunciones. Se recogen variables clínicas y patológicas del tumor.

Resultados: en el periodo de estudio se diagnosticaron 965 casos, de las cuales continúan vivas tras los cinco años del diagnóstico un 60,41% (583). La edad media fue de 55,6 años (DE 11,6) un 18,7% (109) tuvieron cánceres bien diferenciados, el 4,5% (26) fueron diagnosticadas en estadio 0 y un 32,4% (189) en estadio I. 290 (50,4%) mujeres presentaron cánceres con un tamaño inferior a 2cm, y un 62% (358) no tenían afectación ganglionar en el momento del diagnóstico. El 70,5% de los casos fueron carcinoma ductal infiltrante.

Conclusiones: la inmensa mayoría de las mujeres con cáncer de mama que logran sobrevivir más de 5 años tras el diagnóstico presentaron tumores con buena diferenciación y con un estadio precoz.

Palabras Clave: Breast cancer (cáncer de mama), cancer survivors (supervivientes de cáncer), pathology stage (estadio tumoral), primary care (Atención Primaria).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio epidemiológico del cáncer en el anciano

García González F¹, Benítez Rodríguez E², Rodríguez González M³J³, Domenech Torrejon R⁴, Mejías Márquez C⁴, Vilches Campos M⁴

¹Enfermero. UGC Bahía de Cádiz

²Epidemióloga. Registro provincial de cáncer de la provincia de Cádiz

³Médico de Familia. UGC Bahía de Cádiz

⁴Registro provincial de cáncer de la provincia de Cádiz

Título: Estudio epidemiológico del cáncer en el anciano.

Objetivo: cuantificar los cánceres que se producen en las personas de 65 y más años así como describir las localizaciones más frecuentes.

Diseño: estudio transversal, descriptivo.

Emplazamiento: provincia de Andalucía, periodo 2007-2009.

Población y muestra: pacientes con nuevos diagnósticos (confirmación histopatológica o diagnóstico clínico) de cáncer primario entre los años 2007-2009, residentes en dicha provincia.

Intervenciones: datos del registro poblacional de cáncer en una provincia. Se calculó la proporción de cánceres en personas con ≥ 65 años, global y por sexo, así como la distribución de las diferentes localizaciones tumorales.

Resultados: entre 2007-2009 se diagnosticaron 10989 cánceres, un 54% en ≥ 65 años. 3960 casos

fueron en hombres (59,2% de los hombres), siendo un 71,72% de ellos ≥ 70 años. En las mujeres se diagnosticaron 1975 casos (46,23% de las mujeres), un 74,78% en ≥ 70 años. Según localización, los más frecuentes en hombres: próstata (22,4%), colon-recto (18,4%) y pulmón (16,9%). En mujeres: mama (29,3%), colon-recto (22,5%) y cuerpo de útero (6,5%).

Conclusiones: el aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados con un incremento en la población mayor de 65 años, hace que se eleve el riesgo de desarrollar un cáncer (como se constata en nuestro estudio), junto con otras patologías. Esto determina que desde la Atención Primaria se debe vigilar la aparición de síntomas alarma de cáncer en este grupo de edad, y se debe realizar una evaluación conjunta con el especialista para un correcto tratamiento y control del paciente, sin menospreciar posibilidades de tratamiento por el hecho de ser mayor.

Palabras Clave: cancer (cáncer), older adults (adultos mayores), incidence (incidencia), primary care (Atención Primaria).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Motivo de consulta: “dolor torácico”

Palacio Millán S¹, García González F², Romero Corvillo J², Castro Ríos A³, Barberán Morales C¹, Rodríguez González M^aJ¹

¹Médico de Familia. UGC Bahía de Cádiz

²Enfermero. UGC Bahía de Cádiz

³Enfermera. UGC Bahía de Cádiz

Título: Motivo de consulta: “dolor torácico”.

Objetivo: analizar las asistencias en el año 2011 de un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU), cuyo motivo de consulta es “dolor torácico”.

Diseño: estudio descriptivo.

Emplazamiento: pacientes atendidos por un DCCU en el año 2011.

Población y muestra: se incluyeron los pacientes cuyo motivo de consulta es “dolor torácico” para su demanda urgente.

Intervenciones: a través de las historias clínicas se recogieron las variables: época del año, franja horaria, sexo, edad, antecedentes personales, traslado, diagnóstico y derivación al alta.

Resultados: se atendieron 2881 pacientes en el año 2011, de ellos 162 (5.62%) fueron por Dolor Torácico, 55 en invierno (33.95%), 47 en verano (29.01%), 30 en primavera (18.52%) y 30 en otoño (18.52%). 62 pacientes atendidos por la noche (38.27%), 60 por la tarde (37.04%) y 40 por la

mañana (24.69%). 87 pacientes eran hombres (53.70%) y 75 mujeres (46.30%). 74 con edades comprendidas entre 71 y 90 años (45.68%). 74 pacientes tenían Hipertensión Arterial (45.68%) y 71 presentaban Cardiopatía isquémica previa (43.83%), 9 fumadores activos (5.56%). Tras valoración, 41 fueron diagnosticados de síndrome coronario (25.31%), 70 de dolor torácico no isquémico (43.21%) y 15 de ansiedad (9.26%). Se trasladaron a Hospital 128 (79.01%), en UVI 94 (58.02%) y en A. Convencional 32 (19.75%) , 34 quedaron en su domicilio (20.99%).

Conclusiones: la mayoría fueron hombres entre 71 y 90 años, con antecedentes de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica, atendidos en invierno y en horario de tarde/noche. Diagnosticados fundamentalmente de dolor torácico no isquémico y trasladados en un gran porcentaje al hospital. Observamos que a pesar de ser una prioridad 1 solo un 25.31% es una emergencia real y que la ansiedad es la 3ª causa del aviso (9.26%).

Palabras Clave: Thoracic pain (dolor torácico), Coronary syndrome (síndrome coronario), Cardiopathy (cardiopatía).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Una bajada de azúcar

Castro Ríos A¹, Palacio Millán S², García González F¹, Romero Corvillo J¹, Barberán Morales C², Rodríguez González M²

¹Enfermero. UGC Bahía de Cádiz

²Médico de Familia. UGC Bahía de Cádiz

Título: Una bajada de azúcar.

Objetivo: analizar las asistencias en el año 2011 de un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU), cuyo motivo de consulta es "hipoglucemia".

Diseño: estudio descriptivo.

Emplazamiento: pacientes atendidos por un DCCU en el año 2011.

Población y muestra: se incluyeron los pacientes cuyo motivo de consulta es "hipoglucemia" para su demanda urgente.

Intervenciones: a través de las historias clínicas se recogieron las variables: época del año, franja horaria, sexo, edad, traslado, diagnóstico y derivación al alta.

Resultados: se atendieron 2881 pacientes en el año 2011, de ellos 47 (1.63%) fueron por Hipoglucemia y 37 (78.72%) de ellos se confirmó, 19 sucedieron en invierno (40.43%), 14 en verano

(29.79%), 10 en primavera (21.28%) y 4 en otoño (8.51%). 15 pacientes atendidos por la noche (31.91%), 12 por la tarde (25.53%) y 10 por la mañana (21.28%). 23 pacientes eran mujeres (48.94%) y 14 hombres (29.79%). De los pacientes atendidos 11 (23.40%) tenían edades comprendidas entre 81 y 90 años y 8 (17.02%) entre 41 y 50 años. A nuestra llegada 29 pacientes (61.70%) presentaban una glucemia capilar <50 mmHg. Se trasladaron al Hospital 15 (40.54%) y 22 quedaron en su domicilio (59.46%). A 17 de los pacientes (36.17%) se les administró Glucagón subcutáneo y 12 de ellos (70.59%) no tuvieron que ser trasladados al hospital.

Conclusiones: la hipoglucemia aparece sobre todo en mujeres de entre 81 y 90 años y por la noche en invierno. Las tratadas con Glucagon subcutáneo son en menor frecuencia trasladadas al hospital. ¿Sería conveniente tener en el domicilio Glucagón y administrárselo la familia mientras llega el servicio de urgencias?

Palabras Clave: Hypoglycemia (hipoglucemia), Diabetes (diabetes), Urgencias (urgencias).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Perfil de uso del e-mail en pacientes fumadores atendidos en Atención Primaria

Trujillo Gómez JM¹, Puig Domènech E², Manzano Montero M³, Sánchez Fondevilla J², González Fernández Y³, García Rueda B³

¹Médico de Familia. CS Cuevas de Almanzora (Almería)

²Estadística. Instituto de Investigación de Atención Primaria Jordi Gol. Barcelona

³Médico de Familia. Institut Català Salut

Resumen: Perfil de uso del e-mail en pacientes fumadores atendidos en Atención Primaria.

Objetivo: determinar entre los fumadores atendidos en Atención Primaria la disponibilidad y uso del e-mail, paso previo al ensayo clínico TABATIC, intervención en fumadores basada en seguimiento por e-mail (Beca FIS).

Diseño: estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: 120 centros de Atención Primaria.

Población y muestra: se presentan datos recogidos entre Noviembre-2011 y Febrero-2012 de fumadores de 18 a 85 años sin enfermedad terminal ni psiquiátrica grave atendidos en centros de Atención Primaria de Cataluña, Aragón y Salamanca.

Intervenciones: mediante entrevista personal se recogieron: variables sociodemográficas, uso y utilidad de TICs (e-mail, sms e internet/websites)

y perfil de consumo de tabaco. Mediante regresión logística se analizaron los factores asociados al uso de las TICs.

Resultados: se incluyeron 1725 pacientes, edad media: 45,5 años ($\pm 13,6$) y 49,9% eran mujeres. El 70% utilizaban al menos una TIC y el 65,3% e-mail. Tras ajustar por posibles factores confusores el uso de e-mail se asoció a la edad, de 16 a 24 años OR: 51,8 (IC95%: 28,1-95,3); de 25 a 34 años OR 18,5 (IC95%: 10,5-32,7) y de 35 a 65 años OR 5,42 (IC95%: 3,21-9,17); todas las $p < 0,001$, al nivel educativo (estudios $\geq$ secundarios OR: 3,33 (IC95%: 2,53-9,17); $p < 0,001$) y a la clase social (clases más favorecida OR: 3,33 (IC95%: 2,53-4,37); $p < 0,001$).

Conclusiones: el e-mail en fumadores es más utilizado en personas con niveles de estudios secundarios o superiores, en clases más favorecidas y aumenta según disminuye la edad del fumador.

Palabras Clave: Primary care (Atención Primaria), smokers (fumadores) y usage profile (perfil de uso).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Infiltraciones del aparato locomotor en la consulta del médico de familia rural

García Aparicio J, Segura Vicente P, Rico López M, López Ramírez S, Peralta Ortiz F, Tortosa García F

Médico de Familia. CS de Abia. UGC Río Nacimiento. Distrito Almería

Título: Infiltraciones del aparato locomotor en la consulta del médico de familia rural.

Objetivo:

- 1) Conocer las características de la población infiltrada en una consulta rural de medicina de familia.
- 2) Calcular la frecuencia de la técnica de infiltración en nuestra población.
- 3) Diferenciar los tipos y frecuencias de las regiones anatómicas y las patologías en las que se aplica la infiltración.

Diseño: observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: Atención Primaria. Consulta de medicina de familia rural.

Población y muestra: Pacientes infiltrados durante los años 2008, 2009, 2010, y 2011 (N= 184) en un cupo de medicina de familia rural (1050 pacientes).

Intervenciones: no procede.

Resultados:

- 1) La población infiltrada presenta una edad media de 64.57 años (rango 22- 92). El 63.73 % son mujeres, y el 62.3 % están jubilados. De los 184

pacientes, 21 han sido infiltrados en dos ocasiones, por la misma patología (10.40%) y solo 3 han recibido 3 infiltraciones en la misma localización.

- 2) Se realizaron 206 infiltraciones lo que implica una frecuencia de infiltración del 4.90% anual.

- 3) La patología infiltrada más frecuente fue: bursitis trocanterea-tendinitis glutea (25.85%), tendinitis del manguito de los rotadores-bursitis subacromial (24.39%), bursitis anserina-tendinitis anserina (13.66%), epicondilitis (5.85%), fascitis plantar (5.85%), tendinitis del bicipital (3.41%), artrosis acromioclavicular (2.93 %), y tendinitis de De Quervain (2.93 %).

Por regiones las frecuencias ha sido: cadera (31.71%), hombro (31.22%), rodilla (15.12%), pie (8.78 %), mano (6,83 %), y codo (6.34%).

Conclusiones: la población infiltrada es mayoritariamente mujer, anciana y por tanto jubilada.

La frecuencia de infiltraciones es relativamente alta.

Las patologías más infiltradas son la bursitis trocanterea y la tendinitis del manguito de los rotadores, siendo las regiones anatómicas en la que más se infiltra la de la cadera y la del hombro.

Palabras Clave: infiltración, aparato locomotor, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Uso de los recursos sanitarios en pacientes pluripatológicos de dos poblaciones con diferente hospital de referencia

Vélez González M^aJ, Hernández Gil J, Bohórquez Colombo P

Médico de familia. CS Camas. Sevilla

Título: Uso de los recursos sanitarios en pacientes pluripatológicos de dos poblaciones con diferente hospital de referencia.

Objetivo: comparar el uso de los recursos sanitarios de los pacientes pluripatológicos de las áreas sanitarias de dos hospitales mediante la revisión de las historias clínicas de dichos pacientes pertenecientes a diferentes centros de salud.

Diseño: estudio longitudinal retrospectivo.

Emplazamiento: Atención Primaria (AP).

Población y muestra: pacientes pluripatológicos, incluidos en el Proceso Asistencial Integrado, pertenecientes a los diferentes centros de salud. El tamaño muestral fue la población total de pacientes pluripatológicos.

Criterios de inclusión: pacientes con criterios de pacientes pluripatológicos según el proceso asistencial integrado de la Consejería de Salud de Andalucía, adulto mayor de 18 años, consentimiento informado.

Criterios de exclusión: embarazada o lactancia materna.

Intervenciones: análisis descriptivo. Análisis comparativo mediante test paramétrico de la T de student. Se utilizó el programa SSPS 18.0.

Resultados: la media de edad de los pacientes pluripatológicos fue de 76,67 años con desviación típica de 9,02. Del los cuales el 52% son hombres y el 48% son mujeres. El 73,5% tenían registrado el cuidador y en el 18,8% su cuidador es el cónyuge. En el estudio descriptivo por hospital de referencia observamos que los valores de las medias para el número ingresos y urgencias hospitalarios, número de consultas clínicas y de urgencias en AP, número consultas administrativas y número consultas de enfermería son similares en ambas áreas hospitalarias. La media de edad de los pacientes pertenecientes al área del uno de los hospitales es de 75,79 años y de 78,51 años en el otro área (significación estadística, $p < 0,05$)

Conclusiones: no evidenciamos diferencias significativas en el uso de recursos sanitarios de las dos áreas hospitalarias de influencia de los pacientes. Sólo se encontraron diferencias significativas en la edad media de los pacientes pluripatológicos.

Palabras Clave: health care resources (recursos sanitarios), comorbidities (comorbilidades).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Hiponatremia en la insuficiencia cardiaca: prevalencia, valor pronóstico y relación con el potasio y la función renal

Vélez González M

Médico de familia. CS Camas. Sevilla

Título: Hiponatremia en la insuficiencia cardiaca: prevalencia, valor pronóstico y relación con el potasio y la función renal.

Objetivo: estudiar utilidad de valores de sodio, potasio y creatinina séricos al ingreso en Urgencias de pacientes con insuficiencia cardiaca como factores pronósticos, para supervivencia y/o reingresos durante periodo de seguimiento.

Diseño: estudio observacional prospectivo de cohortes.

Emplazamiento: hospital.

Población y muestra: pacientes que acudieron a urgencias durante segundo semestre del año 2010 e ingresaron en Medicina Interna con diagnóstico de Insuficiencia Cardiaca (IC). El tamaño muestral mediante el programa EPIDAT 4.0. El número de pacientes 239. Criterios inclusión: ambos sexos, mayores de 18 años, diagnóstico de IC ingresados en Medicina Interna. Bioquímica completa.

Se excluyeron pacientes con insuficiencia renal crónica severa y en hemodiálisis. Pacientes dados de alta desde urgencias.

Intervenciones: estudio descriptivo. Se compararon los valores de sodio, potasio y creatinina usando un test no paramétrico (U de Mann-

Whitney). Estudio de supervivencia. El nivel de significación con valores de p menores de 0,05.

Resultados: relación estadísticamente significativa entre variable creatinina y sodio con respecto a mortalidad al ingreso. No diferencias significativas para reingresos, excepto para variable sodio. Relación estadísticamente significativa entre variable sodio bajo y potasio alto con respecto a la mortalidad en un año con Chi cuadrado de 5.730 y Odds Ratio de 2.095 para exitus. Relación, estadísticamente significativa, del tiempo de supervivencia respecto a niveles de sodio y creatinina.

Conclusiones: valores sodio por debajo de la mediana (138 mEq/L) de cohorte de pacientes con IC tiene valor pronóstico sobre mortalidad a corto plazo. El deterioro de función renal, determinada en el ingreso, en pacientes con IC tiene valor pronóstico sobre mortalidad a corto y medio plazo. Sólo el valor del sodio al ingreso demostró valor pronóstico para predecir reingresos durante el periodo seguimiento. Los niveles bajos de sodio combinados con niveles altos de potasio conllevan mayor riesgo de mortalidad a corto-medio plazo, incrementándose al doble respecto a los pacientes que no presentan esta situación (OR 2.095, IC 95%: 1,14 - 3,86).

Palabras Clave: hyponatremia (hiponatremia), insuficiencia heart (insuficiencia cardiaca).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Influye la actitud del médico en la satisfacción de los usuarios con el centro de salud?

Soriano Carrascosa L, Sabatel Gómez-Román J

Médico de Familia. CS La Caleta. Granada

Título: ¿Influye la actitud del médico en la satisfacción de los usuarios con el centro de salud?

Objetivo: analizar si la actitud del médico influye en la satisfacción del usuario con su centro de salud.

Diseño: estudio descriptivo. Método estadístico X2 y t de student.

Emplazamiento: CS La Caleta. Granada.

Población y muestra: 275 encuestas (25 por clave médica). Se recogieron 137.

Intervenciones: se diseñó una encuesta interna de satisfacción, y se repartieron al azar entre los usuarios 275 cuestionarios desde junio a diciembre de 2011. Se pregunta sobre la actitud de su médico, y otros 10 ítems relacionados con la satisfacción del centro. Se midieron las respuestas de muy bueno (MB) para cada uno de los ítems.

Resultados: se recogieron 137 cuestionarios (participación: 49.8%), 66% mujeres y 34% hombres. Edades: 30-45 (34%), 46-65(52%), más de 65 (23%). Las mujeres entre 30 y 45 valoraron más bajo de manera significativa los ítems de la encuesta. A la pregunta sobre la actuación de su

médico la respuesta: muy buena (MB), se movió según el cupo, en una horquilla entre 25% y 76%.

La valoración de los ítems referidos al centro varió según el cupo, de manera que los pacientes adscritos al médico mejor valorado, estaban más satisfechos con el centro: MB el 55,3 %, de los ítems de satisfacción. Mientras que los pacientes del médico menos valorado, estaban de manera significativa menos satisfechos con el centro: ítems de satisfacción del centro, (MB:8,75%) ($p<0,05$).

El ítem menos valorado es el referido al confort.

Conclusiones: la actitud del médico influye en la satisfacción global del usuario con su centro de salud.

Las mujeres jóvenes están menos satisfechas con su centro.

Hay que estudiar la perspectiva del usuario con respecto a su médico.

Realizar actividades de educación continua en aspectos de relaciones humanas

Palabras Clave: The measurement of patient satisfaction, Relationship doctor-patient.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Proporción del consumo de tabaco en adolescentes y tipologías en nuestra área de salud

González Rodríguez A

Médico de familia. CS Churriana. Málaga

Título: Proporción del consumo de tabaco en adolescentes y tipologías en nuestra área de salud.

Objetivo: conocer la proporción del consumo de tabaco en adolescentes de 1º a 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) de un Instituto de Enseñanza Secundaria (IES) de nuestra área de salud, observando las tipologías de los mismos.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: área de salud urbana.

Población y Muestra:

Población: Estudiantes 1º a 4º de ESO de un IES de nuestra área de salud.

Muestra: 76 adolescentes.

Intervenciones: ninguna.

Resultados:

Muestra fue de 76 (56,1% hombres y 43,9% mujeres).

Edad media 15,08 +/- 1,24 años.

El 16,6% fuma y 43,9% ha probado tabaco. Un 19,7% fumador activo.

Número de cigarrillos/día es 14,95.

Destacando 34,35 fuma el padre, 17,1% la madre, 28,1% ambos progenitores.

El 20,3% no fuman ningún progenitor.

En el 17,2% fuman sus amigos.

Un 7,6% piensan que hace parecer mayor.

El 6,1% que ayuda a hacer amigos, un 4,5% que es gratificante, y 3% se hace respetar.

Conclusiones: un 98,5% saben que es nocivo y un 92,4% que puede producir cáncer. La proporción de fumadores es 16,6 % y la de alumnos que han probado el tabaco 43,9%, igualando a otros estudios.

Destaca las cifras de la muestra que el 20,3% no fumaban ningún progenitor.

El conocimiento de los efectos nocivos del tabaco es correcto, pero existe un porcentaje importante entre el 3% al 7,6% que encuentran motivaciones positivas:

parecer mayores y hacer amigos las más valoradas.

Todo esto llevaría a proponer la necesidad de promover más campañas de Educación para la salud uniendo a los escolares y sus padres debido a la influencia que ejercen dicha actitud en el ámbito familiar.

Palabras Clave: adolescentes, tabaco, prototipos, ámbito familiar.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Comprensión de la información de tipo numérica sobre esterilidad y reproducción asistida por los profesionales de Atención Primaria

Jimena Moro P¹, Fuentes Dorado R², López Gonzalez B³, Lara Gallego J⁴, Gañan Parra M⁵, Castilla Alcalá JA⁶

¹Médico de Familia. CS Alfacar. Granada

²Enfermera. MasVida Reproducción. Sevilla

³Ginecóloga. MasVida Reproducción. Sevilla

⁴Ginecólogo. MasVida Reproducción. Sevilla

⁵Embriólogo. MasVida Reproducción. Sevilla

⁶Embriólogo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Título: Comprensión de la información de tipo numérica sobre esterilidad y reproducción asistida por los profesionales de Atención Primaria.

Objetivo: evaluar la habilidad de los profesionales de Atención Primaria para interpretar información numérica relacionada con el diagnóstico y tratamiento de la esterilidad.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: jornada sobre Reproducción y Atención Primaria celebrada en el HU Virgen de las Nieves, organizada por SAMFyC y SAGO.

Población y muestra: profesionales de Atención Primaria (n=27) y especializada (n=35) que acudieron a dicha jornada y voluntariamente participaron.

Intervenciones: encuesta autoadministrada de 10 preguntas, que abarcaba: 1) comprensión de resultados numéricos directos (300 millones espermatozoides/eyaculado) frente a calculados (2,5 mL con 120 millones/mL); 2) la comprensión de estimadores puntuales (20% embarazos/transferencia embrionaria) frente a intervalos de confianza (porcentaje embarazos/transferencia oscila entre 15% y el 25%); 3) comprensión porcentajes (25% embarazo múltiple) frente a fre-

cuencias (1 de cada 4 embarazos fue múltiple); y 4) comprensión variables intuitivas (se consiguen 20 embarazos por cada 100 embriones transferidos) frente a no intuitivas (por cada 5 embriones transferidos se consigue un embarazo). En los dos grupos se analizó: edad, sexo y profesión.

Resultados: no se observó ninguna diferencia en las variables demográficas analizadas ni en los diferentes aspectos de comprensión numérica evaluados entre profesionales de Atención Primaria y especializada. Sin embargo, es de destacar que en ambos grupos el grado de acierto en la comprensión de los intervalos de confianza, o de variables no intuitivas o de interpretación de resultados con calculos oscilo entre el 66 y el 78%.

Conclusiones: los resultados obtenidos confirman estudios previos sobre la dificultad de entender información numérica no solo por los pacientes si no también por los profesionales sanitarios independientemente del nivel sanitario al que pertenezcan. Deben realizarse esfuerzos para mejorar la legibilidad numérica de la información de salud en general y en particular la relacionada con esterilidad y reproducción asistida.

Palabras Clave: esterilidad (Sterility), reproducción asistida (Assisted reproduction), fecundación in vitro (In vitro fertilization).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Candidatos a Dabigatrán?

González Roa G¹, Martín González F²

¹Médico de Familia. CS Vélez-Málaga Norte

²Médico Residente de Familia. CS Vélez-Málaga Norte

Título: ¿Candidatos a Dabigatrán?

Objetivo: identificar los posibles candidatos a tratamiento anticoagulante oral con Dabigatrán de entre los pacientes incluidos en el programa de anticoagulación oral de nuestro centro de salud según las indicaciones aprobadas para dicho fármaco. Establecer las bases para posteriores investigaciones respecto al coste/efectividad de tal tratamiento.

Diseño: estudio descriptivo.

Emplazamiento: centro de salud semiurbano que realiza control de anticoagulación oral con Acenocumarol.

Población y muestra: todos los pacientes incluidos en el programa de anticoagulación oral del centro de salud (n= 185).

Intervenciones: revisión sistemática de las historias clínicas, con identificación del diagnóstico

que justifica la anticoagulación, edad y factores de riesgo aplicando la escala CHADS2.

Resultados: se detectan 103 pacientes (57.2%) que cumplen criterios para tratamiento con Dabigatrán, y 77 (42.7%) que no los cumplen. De los que cumplen los criterios, el 69% (71) tiene riesgo bajo o moderado según la clasificación CHADS2, y el 31% (32) serían de alto riesgo trombótico.

Conclusiones: un elevado porcentaje de los pacientes que en principio podrían ser candidatos a tratamiento con Dabigatrán presentan un perfil de riesgo para el cual no está establecida una relación coste/efectividad favorable según los estudios consultados. Se hace necesario profundizar en la investigación de las alternativas más coste/efectivas para su aplicación en nuestro medio.

Palabras Clave: Dabigatrán, fibrilación auricular, anticoagulación oral.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Cuántos pacientes diagnosticados de hipertensión acuden a consulta a demanda en un centro de salud?

Macias Ortiz de Galisteo C¹, Manzano Guzmán A¹, Pérez Durillo F², Ribes Bautista A²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

²Médico de Familia. CS de Bailén (Jaén)

Título: ¿Cuántos pacientes diagnosticados de hipertensión acuden a consulta a demanda en un centro de salud?

Objetivo: conocer el número de pacientes diagnosticados de hipertensión (HTA) que acuden a consulta a demanda en un centro de salud durante una semana.

Estudiar si están incluidos en el programa de HTA.

Valorar si tienen al menos un registro de las cifras de tensión arterial (TA) en el último año. Incluir en el programa de HTA a aquellos que no lo estaban.

Diseño: estudio descriptivo y transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: incluidos todos los pacientes que acudieron a consulta médica del 20 al 25 de febrero de 2012. Datos obtenidos de Diraya.

Intervenciones:

Variables estudiadas: Día, médico, edad, sexo, diagnóstico de HTA, inclusión en programa y registro TA.

Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos, media y desviación típica para variables cuantitativas y proporciones para cualitativas.

Resultados: se revisaron las 2029 historias de pacientes que acudieron a consulta en los 5 días estudiados cuya edad media fue de $53 \pm 20,8$ años, el 60.7% eran mujeres. El 32.9% (667) estaban diagnosticados de HTA (62.9% mujeres) con una edad media de 70.81 ± 13.05 años siendo la edad media de los pacientes no hipertensos de 44.26 ± 18.16 años. El 65.4% estaban incluidos en el programa de HTA y un 70.8% tenían registrada al menos una toma de TA en el último año. 115 pacientes estaban incluidos en el programa y no tenían registrada ninguna toma de TA en el último año y 80 no estaban incluidos en el programa ni tenían la toma de TA. Se incluyeron en el programa 231 pacientes.

Conclusiones: uno de cada tres pacientes que acuden a consulta está diagnosticado de HTA, de ellos uno de cada tres no estaba incluido en el programa de HTA.

Debemos mejorar los registros de TA y la inclusión en el programa, la consulta a demanda es una buena oportunidad.

Palabras Clave: hipertension, programa.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿El tener de forma permanente un retinógrafo digital en el centro mejora la cobertura del plan integral de diabetes (PID) para la detección precoz de retinopatía diabética (RD)?

Naranjo Ratia M^aC¹, Muñoz Gonzalez M², Zarallo Pérez A²

¹Médico Residente 2º año Medicina de Familia. Distrito Bahía de Cádiz-La Janda. CS Cayetano Roldán Moreno. San Fernando (Cádiz)

²Médico de Familia. Distrito Bahía de Cádiz-La Janda. CS Cayetano Roldán Moreno. San Fernando (Cádiz)

Título: ¿El tener de forma permanente un retinógrafo digital en el centro mejora la cobertura del plan integral de diabetes (PID) para la detección precoz de retinopatía diabética (RD)?

Objetivo: analizar la cobertura del cribado de retinopatía diabética, relacionándolo con la disposición o no de un retinógrafo en el centro.

Secundario: analizar las proporciones de resultados de las retinografías realizadas en 2011.

Diseño: estudio analítico observacional de cohortes de tipo retrospectivo.

Emplazamiento: centro de salud.

Población y muestra: diabéticos dados de alta en el PAI de diabetes del CS en el año 2009 y 2011, cuando se introdujo de forma permanente el retinógrafo digital.

Analizamos todos los casos de retinografía digital realizadas en 2011 mediante los consentimientos informados. Para la población de 2009 obtenemos los datos de los registros existentes en el aparato en dicho año.

Se clasifican los hallazgos según las categorías descritas en el Plan Integral de Diabetes mellitus de Andalucía.

Intervenciones: retrospectivamente analizamos el número de retinografías realizadas del total de diabético existentes en ambas cohortes.

Análisis estadísticos: comparación de proporciones.

Resultados: aplicamos un test de chi cuadrado con un nivel de significación del 95%, para comparar las proporciones obtenidas en 2011 de retinografías digitales realizadas (659) al total de diabéticos tipo 2 (2292) de este mismo año respecto a las realizadas en 2009 (175) al total de diabéticos de ese mismo año (2607) obteniéndose un p-valor de 3.27×10^{-93} concluyéndose que son significativamente diferentes a favor del año 2011 en el que se contaba con el retinógrafo de forma permanente en el centro.

Los resultados de 2011 son:

Sin anomalías: 475

Retinopatía diabética: 83

Otros hallazgos: 6

No valorable: 64

Retinopatía conocida y tratada: 31

Conclusiones: la disposición de un retinógrafo de forma permanente en un centro de salud, aumenta la cobertura del cribado de retinopatía diabética de forma significativa.

Palabras Clave: Diabetic retinopathy (retinopatía diabética), Diabetes.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Rentabilidad de las camas de observación de urgencias en un hospital comarcal

Castillo Barbera J¹, Molina Sánchez B¹, Angulo Florencio M¹, González Martínez M¹, Bervel Clemente S², Hierro Guillmain F³

¹Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Huelva

²Pediatra. Servicio de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Huelva

³Médico Generalista. Servicio de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Huelva

Título: Rentabilidad de las camas de observación de urgencias en un hospital comarcal.

Objetivo: valorar la utilidad del área de observación de un Hospital Comarcal respecto a pacientes atendidos, diagnósticos, ingresos y tiempo de estancia media.

Diseño: estudio retrospectivo mediante revisión de historia clínica de los pacientes atendidos entre Diciembre y Febrero de 2012, en una observación que cuenta con 6 boxes, dotado con 1 DUE y 1 auxiliar.

Emplazamiento: HIE.

Población y muestra: pacientes atendidos en observación en el periodo citado.

Intervenciones: revisión de historia de Diraya para valorar el número de urgencias/día, número de ingresos en observación, índice de rotación de camas, patologías más frecuentes, estancia media y destino del paciente.

Resultados: se atendieron 13525 enfermos en urgencias, de los cuales 637 ingresaron en Observación. Se produjeron 420 ingresos en planta (65,9%) con una estancia media (em) de 6h5min;;

156 altas a domicilios (24,6%) en 4h45min; 42 traslados a otro hospital (6,5%) en 4h18min; 15 Exitus (2,3%) en 5h4min; y 2 altas voluntarias (0,3%) en 3h47min. En ese periodo se ingresaron desde consultas 1248 pacientes. El índice de rotación de camas fue de 3,7. Las patologías más frecuentes atendidas fueron: Disnea-EAP-Insuficiencia Cardíaca (34.4%); Dolor torácico-S. coronario agudo (32.8%); Fibrilación Auricular (3.2%) correspondiendo el 29.6% a otras patologías menos frecuentes (dolor abdominal, crisis convulsiva, intoxicaciones, sepsis).

Conclusiones: la observación es el área más adecuada para tratar al paciente grave en el servicio de urgencias. Se tratan patologías mayoritariamente cardiorespiratorias que no pueden tratarse en planta de forma inicial dada la frecuente inestabilidad de los mismos. Debido a la dispersión geográfica de la población y la posibilidad de desarrollar cuadros potencialmente graves durante su traslado, deberíamos contar con mayor número de camas, dada su rentabilidad, así como con la supervisión permanente de un médico para la mejor atención y optimización de los recursos.

Palabras Clave: observación, rentabilidad, estancia media.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Consumo de estatinas y género

Mampel Díaz JC; Lasterra Sánchez M

Médico de familia. CS San Benito. Jerez de la Frontera. Distrito Sanitario Jerez Costa Noroeste (Cádiz)

Título: Consumo de estatinas y género.

Objetivo:

1º.Evaluar siguiendo los criterios del Proceso Asistencial Riesgo Vascular:

- Adecuación en la prescripción de estatinas.
- Consecución del objetivo cLDL<100, en pacientes en Prevención Secundaria (PS)

2º.Explorar si existen diferencias significativas según género.

Diseño: estudio descriptivo.

Emplazamiento: Atención Primaria. Medio urbano.

Población y muestra: la población total la constituyen los pacientes de nuestro centro con prescripción de estatinas en el periodo Nov2010-Abr2011:3022 pacientes. Se realiza muestreo aleatorio a simple, con tamaño muestral calculado para nivel de confianza del 95%, precisión del 5% y proporción $p=0.5$. $N=342$.

Intervenciones: Ninguna.

Resultados:

1º Objetivo: La adecuación en la prescripción de estatinas es del 77,19% [(IC 72,37-81,53), $p<0,0008$].

En PS, la consecución del Objetivo cLDL<100 es del 11.9% [(IC3, 98-25,63), $p<0,0004$]. No conocemos este dato en el 56.25% de los pacientes. No

está registrado o el laboratorio no lo facilita (con colesterol total <190).

2º Objetivo: El 57,31% de la muestra fueron mujeres [(IC 51.88-62.61), $p=0.0069$], mayoritariamente en Prevención Primaria (PP) 67.48% [(IC61, 24-73,29), $p<0.0004$], mientras que los varones fueron mayoritariamente en PS [68.75% (IC58.48-77.82), $p=0.0002$].

En el 82,05% de las mujeres [(IC71,72-89,05) la indicación del fármaco no fue adecuada, frente a un 17,95% en varones [(IC 10,17-28,28), $p<0,0002$].

En varones en PS, no se consigue el objetivo cLDL en el 70.27% [(IC 53.02-84.13), $p=0.0201$] y faltan datos de cLDL en el 70.37% [(IC 56.39-82.02), $p=0.0028$].

Conclusiones:

1. Nos parece aceptable, aunque mejorable, el grado de adecuación en la prescripción de estatinas.
2. No estamos cumpliendo objetivos de cLDL en población de alto riesgo (PS) y desconocemos el cLDL en un porcentaje alto de la población. Significativamente peor en varones.
3. La mayoría de las mujeres tratadas en nuestra muestra lo fueron en PP y los varones en PS.
4. Estamos sobretratando un porcentaje alto de mujeres en PP, de riesgo no alto, en las cuales no estaría indicada la utilización de estatinas.

Palabras Clave: Statins, gender, prescription.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Mujer, embarazo y urocultivos. ¿Acertamos al solicitarlos en nuestro centro de salud?

Giménez Cid D, Moral Moya T, Toral Sánchez J, Villalba Beltrán G, Martínez Chamorro A, Cheng Lee N

Médico Residente. CS Palma-Palmilla. Málaga

Título: Mujer, embarazo y urocultivos. ¿Acertamos al solicitarlos en nuestro centro de salud?

Objetivo: analizar los resultados de los urocultivos solicitados durante el año 2011 en nuestro centro de Salud a las mujeres y ver si existe relación entre el germen y el embarazo.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: centro de salud urbano emplazado en ZNTS

Población y muestra: se estudiaron el total de urocultivos solicitados a mujeres en nuestro Centro de Salud durante el año 2011.

Intervenciones: se recogieron datos de edad, sexo, gestación, resultado urocultivo y patógeno aislado. Análisis estadístico mediante el programa SPSS v20.

Resultados: se solicitaron un total de 905 urocultivo a mujeres del centro, estando el 46,61% embarazadas.

En la mujer en general se aisló patógeno en el 14,91% de los urocultivos solicitados, pero hay diferencias ya que en embarazadas el acierto fue del 9,57% por el 29,6% en no embarazadas.

Dentro del grupo de embarazadas se aísla: E.coli (44,18%), St.agalactie (20,93%), Kl.pneumoniae (11,62%), Ent.faecalis (9,3%), Est.saprofiticus (4,65%), Est.epidermidis (2,32) y otros (6,97%) entre los que no se llegan a aislar Proteus mirabilis ni Est.aureus.

En el grupo de mujeres no embarazadas: E.coli (58,7%), Kl.pneumoniae (13,04%), Ent.faecalis (6,52%), Pr.mirabilis (5,43%), Str.agalactie, Est.aureus y saprofiticus (3,26% cada uno), Est.epidermidis (2,17%), Ps.aeruginosa (1,108) y otros (3,26%).

Conclusiones:

· Casi la mitad de las pacientes a las que se le solicitó urocultivo estaban embarazadas. El 14,91% de los urocultivos fueron positivos.

· La tasa de aislamiento de gérmenes es menor en el grupo de mujeres embarazadas (9,57%) ya que se pide por rutina, pero en las no embarazadas la tasa de aislamiento también es baja (29,6%).

· De entre los patógenos E coli fue el más aislado con mucha diferencia rondando el 50% en ambos grupos.

· Existen gérmenes con clara tendencia a asociarse con el embarazo. El 75% de Str.agalactie se aísla en gestación, al igual que el Ent.faecalis (57,14%).

· Pr.mirabilis y Est.aureus no se han aislado en mujeres embarazadas.

· Debemos revisar los criterios mediante los que los profesionales del centro solicitamos urocultivos.

Palabras Clave: Urine cultura (urocultivo), Primary Care (Atención Primaria), results (resultados), female (femenino).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Características de la población obesa de un centro de salud

González Rodríguez A¹; Gilsanz Aguilera N²; Morales Rueda A³

¹Médico de Familia. UGC Churriana. Málaga

²Médico de Familia. UGC Las Lagunas. Málaga

³Enfermera. UGC Las Lagunas. Málaga

Título: Características de la población obesa de un centro de salud.

Objetivo: conocer las características de los pacientes incluidos en el proceso obesidad (IMC >30) de un área urbana. Determinar la comorbilidad de los mismos.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: total de pacientes con obesidad (IMC >30) atendidos por un Equipo de Atención Primaria en un centro de salud urbano desde diciembre de 2010 a noviembre de 2011. Con una muestra total de (N) 196 compuesta por adultos y niños.

Intervenciones: no se realizaron intervenciones.

Resultados: con una edad media de 44,94 años (DT 21,3) y predominio del sexo femenino (65,8%), el IMC medio observado fue 32,49. Referente a las patologías detectadas destacamos HTA 40,3%, dislipemia 17,3 %, diabetes mellitus 22,4 % y ACV 9,7%; siendo fumadores el 14,8%.

Conclusiones: encontramos que el perfil de obesidad en nuestro centro se corresponde con mujeres maduras con presencia de factores de riesgo cardiovascular (destacando la HTA en un porcentaje superior al de la población general). Igualmente debemos reflexionar sobre el porcentaje de niños con obesidad detectados en la muestra.

Palabras Clave: obesidad, factores de riesgo cardiovascular, tabaco.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Implementación del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica de Cirugía Menor en un centro de salud al año de su apertura

Martínez-Boné Cabello de los Cobos F¹, Martínez Jiménez Á¹, Benitez Merelo D², Suárez Sánchez E², Sánchez García C³, Vega Iglesias M⁴

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS Olivar de Quinto. Dos Hermanas (Sevilla)

²Médico de Familia. CS Olivar de Quinto. Dos Hermanas (Sevilla)

³Enfermero. CS Olivar de Quinto. Dos Hermanas (Sevilla);

⁴Auxiliar de Enfermería. CS Olivar de Quinto. Dos Hermanas (Sevilla)

Título: Implementación del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica de Cirugía Menor en un centro de salud al año de su apertura.

Objetivo: el objetivo principal consiste en evaluar la implementación del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica en el programa de Cirugía Menor (LVSQCm) y su progresión temporal. Como objetivo secundario, conocer las incidencias detectadas con su uso.

Diseño: estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo.

Emplazamiento: CS Olivar de Quinto, Sevilla.

Población y muestra: totalidad de pacientes atendidos en el programa de cirugía menor desde abril del 2011 (inicio de actividad) hasta mayo de 2012, que requieren el uso del LVSQCm. Quedan excluidos los pacientes con procedimientos que no precisan bisturí convencional o eléctrico, como infiltraciones.

Intervenciones: se realiza autoauditoría de los datos contenidos en la historia clínica de cirugía menor (Diraya) y del archivo centralizado que contiene copia del consentimiento informado y la hoja del LVSQCm. Valoramos los procedimien-

tos realizados que requieren el LVSQCm y las incidencias detectadas con el mismo, relacionadas con la Seguridad del Paciente (SP). Analizamos dos periodos: 1º (abril 2011-diciembre 2011); 2º (enero 2012-mayo de 2012).

Resultados: en el año 2011 detectamos una implementación del LVSQCm del 97,81% (134 de 137 intervenciones) y un 2,24% de incidencias (ausencia de registro de alergias medicamentosas en la historia). En el segundo análisis (2012), una implementación del 96,97% (160 de 165 intervenciones) y un 8,75% de incidencias (7,5% relacionados con la ausencia de registro de alergias medicamentosas y un 1,25% relacionadas con detención de anomalías del funcionamiento del electrobisturí).

Conclusiones: el porcentaje de implementación del LVSQCm es elevado, estable en el tiempo, mejorando la capacidad de detección de incidentes relacionados con la SP. Las auditorías contribuyen al mantenimiento del ciclo de mejora continua, necesario para mejorar la SP.

Palabras Clave: Patient Safety (Seguridad del Paciente), Surgical Procedures, Minor (Procedimientos Quirúrgicos Menores), Checklist (Lista de Verificación).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Cómo afecta a los sanitarios la crisis actual?

Rivera Pérez M¹, Alarcón Manoja E²E⁵, Cabrera Enríquez S⁶

¹Médico de Familia. CS de La Paz. Cádiz

²Médico de Familia. CS Tomás del Valle. San Fernando (Cádiz)

Título: ¿Cómo afecta a los sanitarios la crisis actual?

Objetivo: valorar el grado de afectación laboral y personal de los sanitarios ante la situación actual.

Diseño: se ha realizado un estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: profesionales del servicio de urgencias de un distrito sanitario andaluz, con una población de más de 200.000 habitantes durante el 2012.

Población y muestra: se han analizado opiniones de 52 profesionales, solicitadas tras las nuevas medidas adoptadas. Entre los criterios de inclusión se destacan el ser médico o enfermero, y trabajar para el servicio andaluz de salud (SAS) en exclusividad.

Intervenciones: se realizaron sesiones informativas de las perspectivas futuras laborales a corto plazo y cómo ellas afectarían a los profesionales sanitarios.

Resultados: el 40,7% de los profesionales, tenían contratos eventuales, frente a un 51,8% de titulares y un 7,4% de interinos, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas con

respecto al sexo (44,4% mujeres, y 55,6% hombres).

Ante la situación laboral, el 92,6% se manifestó preocupado o descontento, frente a un 7,4% que se mostró satisfecho.

No se apreciaron diferencias significativas ante el hecho de que los recortes pudieran dejarles sin puestos de trabajo, pero si se observaron respecto a la afectación en su calidad de vida y en la calidad asistencial ($p < 0,05$).

El 59,3% no creían que los recortes afectarían la relación laboral entre compañeros.

Un 100% de los encuestados piensan que el cambio de contratos de tiempo total a parcial no resolverá la situación actual.

Conclusiones: ante las medidas tomadas por el SAS, los profesionales sanitarios se mostraron insatisfechos y preocupados por su calidad de vida y por la calidad asistencial. Como ideas alternativas se expresan las siguientes: 1. Disminuir cargos políticos. 2. Mejorar la gestión de recursos.

Palabras Clave: Professionals (profesionales), Quality of Health care (calidad en la atención sanitaria), Job Satisfaction (satisfacción en el trabajo).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Análisis de consultas planteadas sobre sexualidad por alumnos y alumnas en la asesoría "Forma Joven" de un instituto de enseñanza secundaria

González Díaz M^aP¹, Hidalgo Berutich A¹, Delgado Arcos E², Pedregal González M³, Barbosa Cortés M¹

¹Médico de Familia. CS Villanueva de los Castillejos

²Médico de Familia. Instituto de la Puebla de Guzmán

³Médico de Familia. Unidad Docente de Huelva

Título: Análisis de consultas planteadas sobre sexualidad por alumnos y alumnas en la asesoría "Forma Joven" de un instituto de enseñanza secundaria.

Objetivo: analizar las cuestiones que plantean los alumnos y alumnas que acuden a la asesoría del programa Forma Joven de un Instituto de Enseñanza Secundaria.

Diseño: estudio observacional descriptivo retrospectivo

Emplazamiento: no.

Población y muestra: la población a estudio la componen los alumnos matriculados del Instituto de Enseñanza Secundaria pertenecientes a los cursos de E.S.O. y Bachillerato.

Intervenciones: evaluación de las memorias "Forma Joven" por año académico y registro-estudio de las cuestiones sobre sexualidad más frecuentes planteadas en la asesoría de un Instituto de Enseñanza Obligatoria por los alumnos y alumnas en cada año, clasificados por edad, género y curso escolar.

Resultados: se realizaron un total de 1353 consultas en la asesoría forma joven de las cuales

fueron realizadas por alumnas el 62,6%, el resto alumnos.

La edad media de los alumnos que consultaron entre 2001-10 fue 14,9 con una desviación típica de 1,37.

El motivo más frecuente de consulta en todos los cursos escolares fue el uso del preservativo ($p<0,001$) seguida de anticoncepción hormonal y embarazo.

Finalmente en cuanto a la frecuencia de repetición de cada grupo temático respecto al curso escolar, destacamos que el año 2008-9 fue el año con más repetición respecto a todos los grupos de temáticos 31,44%. El grupo de preguntas más frecuente en ese mismo año fue el uso del preservativo 29,31%.

Conclusiones: la disposición de la asesoría "Forma Joven" durante la jornada escolar favorece la asistencia del alumnado siendo el motivo más frecuente de consulta el uso del preservativo seguida de anticoncepción hormonal y embarazo.

Palabras Clave: educación sexual, adolescentes, anticoncepción.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Valoración del riesgo cardiovascular y la monoterapia en pacientes hipertensos

García Paine J¹, Cervilla Suárez F², Martínez Alonso G², Zarco Manjavacas J², Garrido Canning C³, Santa Cruz Talledo J⁴

¹Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS El Palo. Málaga

²Médico Residente 1º año Medicina de Familia. CS El Palo. Málaga

³Médico Residente 2º año Medicina de Familia. CS El Palo. Málaga

⁴Médico de Familia. CS Salud El Palo. Málaga

Título: Valoración del riesgo cardiovascular y la monoterapia en pacientes hipertensos.

Objetivo: conocer el estado de nuestros pacientes con riesgo cardiovascular y su prescripción de antihipertensivos en monoterapia.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: pacientes hipertensos tratados con monoterapia en los últimos 6 meses (noviembre 2011-Abril 2012). De los 2037 pacientes tratados con monoterapia se realiza un muestreo aleatorio de 80 de ellos.

Intervenciones: se evalúa, la edad, el sexo, fármaco, grupo farmacológico, si el fármaco elegido es un fármaco de primera elección según GPC (tiazídico, IECA o antagonista del calcio), si tiene registro de valoración de RCV en su historia clínica digital, si está en prevención primaria/secundaria, qué tipo de prescripción tienen los pacientes HTA y diabéticos.

Resultados: se selecciona por muestreo aleatorio 80 pacientes en monoterapia, de los cuales 6 de

ellos no tenían registro de ser HTA, por lo que se eliminan. N=74. La edad media es de 63,51 años (33-95) con desviación típica de 12,55. El 58,1% eran mujeres. El fármaco más usado es el enalapril (33,8%) seguido de losartan y atenolol (9,5% cada uno). Los grupos farmacológicos más frecuentes son los IECAS (39,2%) y los ARA-II y α -bloqueantes (18,9% cada uno). El 58,1% tiene recetado un fármaco de primera elección y el 9,5% no tiene fármaco de primera elección pero existe registro de efectos secundarios a ellos). El 62,2% de los pacientes no tienen registro de valoración del RCV. El 89,2% de los pacientes están en prevención primaria. El 18,9% de los pacientes (14) son diabéticos y de ellos el 71,4% (10 pacientes) no tienen valorado el RCV. El 50% (7 pacientes) están tratados con fármacos de primera línea. Los fármacos más usados en los pacientes diabéticos son la indapamida (21,4%), enalapril y atenolol (14,3%).

Conclusiones: el perfil de prescripción de fármacos antihipertensivos en monoterapia es aceptable siguiendo las GPC. En pacientes diabéticos desciende la elección de fármacos de primera.

Palabras Clave: hipertensión (hypertension), riesgo cardiovascular (cardiovascular risk), fármacos (drugs).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Puntos de fuga de la confidencialidad

Cortés Espejo R¹, Arbesú González B¹, González Alvarado F¹, Luna Lora C², Aybar Zurita R², Marcos Ortega B²

¹Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albaycín

²Médico de Familia. CS Albaycín. Granada

Título: Puntos de fuga de la confidencialidad.

Objetivo:

- Primario: detectar fallos relacionados con la confidencialidad del paciente.
- Secundarios:
 - Priorizar riesgos.
 - Auditar medidas correctoras.
 - Elaborar medidas correctoras de esos fallos.

Diseño: estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: centro de salud Albayzin. Granada.

Población y muestra: a partir de la acreditación de nuestro centro de salud por la agencia de calidad sanitaria de Andalucía (ACSA), uno de los requisitos era elaborar un análisis modal de fallos y efectos (AMFE), por lo que se creó una comisión de seguridad multiprofesional, que constaba de 6-8 personas, los que se comunicaron mediante sesiones grupales y vía email. De aquí salió una tormenta de ideas inicial que dio lugar a una primera versión de tabla AMFE.

Posteriormente, se realizó una sesión con un gran grupo conformado por los distintos profesionales del centro de salud, donde se evaluó la primera tabla inicial y se realizaron aportaciones y ponderaciones colectivas. Se priorizaron los principales indicadores de riesgo (IR) teniendo en cuenta la gravedad (G), frecuencia (F) y detectabilidad (D) ($IR=G \times F \times D$), y se auditaron las medidas correctoras para los fallos detectados. Por último, se asignó a un responsable para la realización de un cronograma de medidas correctoras.

Intervenciones: criterios seleccionados:

- Mala identificación del paciente.
- Presencia de acompañante.
- Documentos, archivos con información sensible.
- Imposibilidad registro por fallo sistema Diraya.
- Respeto a la intimidad en gestión de usuario.
- Relación de hojas de avisos domiciliarios.
- Comunicación entre profesionales en consulta.
- Consulta telefónica.

Resultados: tras la realización de la tabla obtuvimos unos resultados numéricos a partir del IR, con los que podíamos estimar la probabilidad de detectar los posibles fallos o causas antes de producirse el efecto.

Conclusiones:

- Un fallo es valorado de forma distinta por observadores diferentes.
- No existían medidas correctoras implantadas ni hábitos de revisión para la detección de fallos.
- La priorización de fallos como punto de partida para iniciar la elaboración de medidas correctoras.
- La confidencialidad afecta a todos y es imprescindible la participación.

MULTIPROFESIONAL: La participación facilita el consenso y la asunción de cambios.

Palabras Clave: Patient safety (seguridad del paciente), Adverse events (efectos adversos), Quality of care (Calidad asistencial).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Uso del Índice Tobillo Brazo en pacientes de alto riesgo. Frecuencia de alteración y factores asociados

Acero Guasch N¹, Cuenca del Moral R², Muñoz Cobos F³, Ruiz Álvarez C⁴, Zarco Manjavacas J⁴, Castillo Trillo B⁴

¹Médica de Familia. Área de Salud Ibiza y Formentera

²Médica de Familia. Distrito Sanitario Málaga

³Médica de Familia. CS El Palo. Málaga

⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

Título: Uso del Índice Tobillo Brazo en pacientes de alto riesgo. Frecuencia de alteración y factores asociados.

Objetivo: determinar la frecuencia de Índice Tobillo Brazo (ITB) alterado (<0.9) en pacientes de riesgo y los factores asociados.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: pacientes con riesgo de arteriopatía de miembros inferiores: enfermedad cardiovascular (ECV), diabetes mellitus (DM), alto riesgo cardiovascular (RCV) (SCORE>5%) y/o clínica vascular. Muestreo consecutivo, n=158 (alfa 0.05, precisión 0.08). Variable dependiente: ITB. Variables independientes: Edad, sexo, ECV, DM, hipertensión arterial (HTA), hiperlipemia (HLP), tabaquismo, palpación de pulsos patológica, hemoglobina glicosilada (HbA1C), niveles de LDL-colesterol (LDL), índice de masa corporal (IMC), tratamiento.

Intervenciones: análisis bivariante: U-Mann Whitney (variables cualitativas). Análisis multivariante: regresión lineal.

Resultados: 158 pacientes, 63'9% son hombres. Edad media 68'22±9'6. DM 74'7% (67'9-81'46), HTA 62'7% (55'12-70'2), HLP 58'9% (51'19-66'53), fuman 29'1% (22'03-36'2), ECV 25'3 (18'54-32'1), palpación pulsos patológica 27'2% (20'28-34'16). HbA1c media 7'21±1'28, LDL 115'13±36'01, IMC 30'1±4'58, ITB 1'46±4'53. ITB normal 86'08% (80'68-91'47), ITB<0'9: 13'92% (8'53-19'32). Terapia antiagregante 58'2% (50'54-65'92), ácido acetil salicílico 52'5% (44'75-60'32). Bivariante: se encuentra relación entre ITB alterado y palpación pulsos patológica (p<0'001) y tabaquismo (p=0'006). El modelo multivariante explica el 98'9% de la varianza. Relaciona con ITB disminuido la presencia de DM (P<0'001), valores mayores de HbA1c (p=0'001) y de IMC (p=0'003), a igualdad del resto de variables.

Conclusiones: 13'92% presentan ITB <0'9. Factores asociados a ITB patológico: palpación de pulsos patológica, tabaquismo, DM, niveles mayores de HbA1c y de IMC.

Palabras Clave: Ankle Brachial Index (Índice Tobillo Brazo), Peripheral Vascular Disease (Enfermedad Arterial Periférica), Pulse palpation (Palpación de pulsos).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Son de calidad nuestras historias clínicas? Seguridad, suficiencia y validez para la actividad clínica, comunitaria y preventiva en Atención Primaria

Vides Batanero M^aC¹, Ramírez Robles R¹, Hernández Pérez de la Blanca M¹, Cano González J¹, García Tirado M², Sánchez Mariscal D²

¹Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS Almanjáyar. Granada

²Médico de Familia. CS Almanjáyar. Granada

Título: ¿Son de calidad nuestras historias clínicas? Seguridad, suficiencia y validez para la actividad clínica, comunitaria y preventiva en Atención Primaria.

Objetivo: evaluar la calidad de historias clínicas (HC) de población adulta y pediátrica en un centro de salud.

Diseño: observacional retrospectivo.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Población y muestra: 256 HC (nc 95%, precisión 6%, % esperado 50%) elegidas por muestreo sistemático (K=18) del listado de citas a demanda de los tres últimos semestres.

Intervenciones: se valoró registro de datos relacionados con: (1) seguridad del paciente, (2) actividad de prevención y promoción de salud, (3) codificación diagnóstica (fiabilidad), (4) actualización de información (validez), (5) actividad por PAI, (6) actividad a crónicos (diabetes y asma) y a mayores (valoración riesgo caídas).

Análisis: porcentaje de cumplimiento de criterios y diagrama de Pareto para priorizar puntos de intervención.

Resultados: se alcanzaron estándares de cumplimiento superior al 80% en registro de alergias y

complicaciones (IC95%+/-1,4%), datos telefónicos (82+/-5%), Problemas activos (97+/-2,5%), actualizados (92,5+/-4%), Crónicos con PAI abierto (98+/-7,2%), diagnóstico codificado (85,4+/-5%) y constantes actualizada (74+/-6,3%). Se observó bajo registro de alcohol (24,5+/-6,2%), riesgo de caídas en mayores (29+/-14%), Valoración integral del crónicos (58+/-11,6), educación a diabéticos (62+/-16%), y tabaco (68,8+/-6,6%).

En pediatría el registro de alergias y/o contraindicaciones, actualización de problemas y control anual de asma alcanza el 60% respectivamente; siendo inferior el registro de gravedad de asma (42%) y espirometría en niños asmáticos mayores de 6 años (16,7%).

Conclusiones: la calidad de la HC proporciona con muy alta suficiencia un Conjunto Mínimo de Datos (CMD) clínicos que facilita la toma de decisiones seguras para el paciente y basadas en información fiable (codificada) y válida (actualizada). Por el contrario es insuficiente el CMD que facilitaría la actividad de promoción y prevención de salud; así como la rehabilitación y educación a crónicos y mayores. Según la línea de Lorenz de diagrama de Pareto, el 60% del total de defectos de calidad de la HC se solventarían corrigiendo el CMD de promoción y rehabilitación.

Palabras Clave: Quality, medical history, clinical audit.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Y al final de la terapia...qué?

Vílchez Jaimez M¹, Fernández-Fígares Montes C¹, Ángel Maqueda R², Fernández Vásquez M³, Ubiña Carbonero A¹, Domínguez Santaella M²

¹Médico esidente de Medicina de Familia. CS Victoria. Málaga

²Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

³Enfermera. CS Victoria. Málaga

Título: ¿Y al final de la terapia...qué?

Objetivo: identificar las diferentes actitudes manifestadas por los pacientes fumadores que han finalizado la terapia grupal multicomponente para deshabituación tabáquica.

Diseño: metodología cualitativa, análisis descriptivo transversal, Ámbito: Atención Primaria (CS Victoria). Espacio temporal: desde 2010 a 2012. Población: Pacientes incluidos en terapia grupal multicomponente para el abandono del hábito tabáquico. Consentimiento informado. Análisis cualitativo de la información aportada por los pacientes al concluir la terapia ("legados"). Clasificación de las motivaciones en intrínsecas (salud y autocontrol) y extrínsecas (refuerzo inmediato y presión social) siguiendo el modelo de "Reasons for Quitting Scale" (Curry, Wagner, 1990). Recogida de datos: revisión de las historias clínicas del fumador.

Emplazamiento: ámbito: Atención Primaria (CS Victoria). Espacio temporal: desde 2010 a 2012.

Población y muestra: pacientes incluidos en terapia grupal multicomponente para el aban-

dono del hábito tabáquico.

Intervenciones: terapia grupal para cese del hábito tabáquico.

Resultados: se han incluido un total de 83 pacientes (edad media: 52 años; 53% mujeres). Registro de motivaciones en el 44, 5% de los pacientes. Los factores de mayor carga fueron los ítems relacionados con las categorías de autocontrol (51% de los pacientes) y de refuerzo inmediato (16%). La percepción del riesgo para la salud supone una motivación para el cese tabáquico en tan sólo el 10%. La presión social resultó ser el factor de menos carga.

Conclusiones: las motivaciones intrínsecas relacionadas con el autocontrol son las más representadas al final de la terapia. Esta información nos puede orientar en el diseño de los contenidos de los programas de deshabituación tabáquica. Es fundamental enseñar mecanismos que incentiven y refuercen el autocontrol, además de aportar información de los daños del tabaco sobre la salud.

Palabras Clave: terapia grupal, abandono tabáquico.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población escolar de una zona semiurbana.

García Ramón M¹, Sánchez Gutiérrez M², Morales Hernández R³, Moreno Martos H¹, Andújar Rodríguez E⁴, Reche Padilla A⁵

¹Médico de Familia. UGC Almería Periferia. Distrito Almería

²Pediatra. UGC Almería Periferia. Distrito Almería

³Enfermera. UGC Almería Periferia. Distrito Almería

⁴Enfermero. UGC Almería Periferia. Distrito Almería

⁵Residente de Medicina de Familia. UGC Almería Periferia. Distrito Almería

Título: Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población escolar de una zona semiurbana.

Objetivo:

- Conocer la prevalencia de obesidad /sobrepeso en una Zona Básica de Salud.
- Prevalencia de HTA en los niños.

Diseño: descriptivo trasversal de prevalencia.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Población y muestra:

Población de diana: niños 6-11.

Población de estudio: niños 6-11 años de una Unidad de Gestión Clínica (UGC).

Muestra:

Niños 6-11 que pertenece a una UGC y cumplen los siguientes criterios de inclusión:

1. Niños escolarizados en los colegios de la zona.
2. Tienen historia clínica digital (Diraya)
3. Representantes que den su consentimiento.

Criterios de exclusión: no den su consentimiento.

Tamaño muestral: 195 niños (precisión del 7% intervalo de confianza del 95% asumiendo una prevalencia del 32% y considerando 10% pérdidas).

Tipo de muestreo: aleatorio simple.

Intervenciones:

Intervenciones: dentro del programa de Salud Escolar se recogen:

- Variables: edad, sexo, nacionalidad, talla y peso. TAS, TAD.

- Variable obesidad/ sobrepeso: definida utilizando como criterio el valor del Índice de Masa Corporal (IMC). Sobrepeso p85% y Obesidad p97%, según edad y sexo (tablas Orbegozo).

- Variable HTA. (National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents (NHBPEP). Percentil >95%.

Análisis estadístico:

1. Descriptivo: variables cualitativas: distribución de frecuencias. Variables cuantitativas: medidas de posición y de dispersión.

2. Bivariantes, variables cualitativas usaremos la Chi cuadrado.

Resultados: 195 niños, el 55% varones, 90% autóctonos, el 27% son obesos y 8% presenta sobrepeso, no hay diferencias entre niños y niñas.

Prevalencia HTA 4%, no hay diferencias entre niños/niñas y existen diferencias entre Obesos (63%) /no obesos (37%) ($p<0,05$)

Conclusiones: casi un tercio de los niños son obesos algo menos del 5% son HTA, no hay diferencias entre sexos y los obesos son más hipertensos.

Palabras Clave: children, obesity, High Blood Pressure.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Impacto de una intervención sobre el uso racional de tiras reactivas de determinación de glucemia capilar en un centro de salud

Matas López A, Moreno Moreno R, Torras Sendra M

Médico Residente de Medicina de Familia. CS Palma Palmilla. Málaga

Título: Impacto de una intervención sobre el uso racional de tiras reactivas de determinación de glucemia capilar en un centro de salud.

Objetivo:

-Analizar el impacto de una intervención educativa sobre el uso racional de tiras reactivas (URTR) de determinación de glucemia capilar.

-Describir las características demográficas, tratamiento y control de los pacientes estudiados.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de Salud (CS) urbano.

Población y muestra: total de pacientes diabéticos con prescripción de TR entre Enero 2011 a Junio 2012.

Intervenciones: en abril de 2011 se realizó una intervención educativa sobre URTR dirigida a enfermeros y médicos de familia de nuestro CS.

Se recogieron los datos de edad, sexo, tratamiento, HbA1c y número de tiras semanales pre y post-intervención.

Los datos fueron analizados estadísticamente mediante el programa SPSS v15.

Resultados: número de pacientes estudiados 337. El 59,1% fueron mujeres. Edad media 64 años. Número medio de TR semanales pre-intervención 10 y post 8. La HbA1c media pre y post fue 7.9%. El 38,7% estaban tratados con Insulina y

antidiabéticos orales (ADO), 35,7% con ADO, 25,1% con insulina y 0,3% con agonistas GLP1.

En un 20,2% de los pacientes que tenían TR pre-intervención se suspendió la prescripción. La media de HbA1c entre éstos tras la intervención fue de 7,3% mientras que en el resto 8.1%. No hubo diferencias con respecto a la media de HbA1c previa.

De los 67 pacientes a los que se suspendieron las TR, el 82% estaban tratados con ADO, 9% con insulina+ADO y 9% insulina.

De entre los pacientes tratados con ADO, un 53% mantuvieron las TR.

Conclusiones:

- La intervención educativa ha logrado reducir ligeramente la media de TR semanales en nuestro CS.
- El porcentaje de pacientes a los que se les suspendió la prescripción de TR, ha sido significativo (20%), la mayoría de ellos tratados con ADO.
- No se ha detectado modificación en el control metabólico.
- Sería necesario plantear nuevas intervenciones dirigidas a profesionales y a pacientes sobre URTR.

Palabras Clave: tiras reactivas glucemia, Atención Primaria, uso racional del medicamento, diabetes mellitus.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Percepciones y actitudes de los Médicos de Familia ante el uso de las terapias complementarias por los pacientes

López González F¹, Moreno Martos H¹, Langa Valdivieso J¹, Tijeras Ubeda M¹, Matamala García M¹, Vallejo Lorenzo A²

¹Médico de Familia. UGC Almería Periferia. Distrito Almería

²Jefa de Estudios de la Unidad Docente de Medicina de Familia Almería

Título: Percepciones y actitudes de los Médicos de Familia ante el uso de las terapias complementarias por los pacientes.

Objetivo: explorar las percepciones y actitudes que tienen los Médicos de Familia sobre el uso de terapias complementarias.

Diseño: estudio cualitativo, mediante grupos focales

Emplazamiento: Atención Primaria. Unidad Docente de MFyC.

Población y muestra

Criterios de selección: Médicos de Familia tutores de residentes, que acepten voluntariamente participar, se captan a través de la Unidad Docente.

Diseño Muestral: 3 grupos focales de entre 4-8 participantes un moderador y un observador, con un total de 20 tutores.

Intervenciones: técnica de recogida de información: a través de grabaciones audiovisuales, transcripción posterior y notas que recoge el observador. Se hará una sesión por cada grupo.

Guión de temas:

Definición de terapias complementarias.

Nivel de conocimientos de las diferentes terapias complementarias.

¿Qué papel creéis que tienen los Médicos de Familia?

Experiencias de pacientes que usan estas terapias.

Dificultades en estos temas en la consulta.

Evidencias sobre estas terapias.

Resultados: en general, existe un desconocimiento bastante común sobre el concepto y los tipos de este tipo de terapias. Muchas de ellas son simplemente fruto de las creencias populares (folk medicina), sin una base científica.

Los grupos de población de inmigrantes nos están aportando información sobre terapias propias de sus lugares de procedencia.

Debemos tener un conocimiento básico sobre todas ellas, sobre todo en lo referente a interacciones, secundarismos y contraindicaciones con la terapia convencional.

Una buena relación médico-paciente facilita la llegada de información sobre el uso por el enfermo de este tipo de tratamientos, así como la confianza del mismo a nuestros consejos al respecto.

Conclusiones: este trabajo nos acerca a las actitudes y percepciones de los tutores de Medicina de Familia con respecto a las Terapias Complementarias que son a veces desconocidas y necesitaríamos formación en determinados aspectos. Es básico para abordarlo en la consulta una buena comunicación con el paciente.

Palabras Clave: Complementay therapy, Family physicians, Communication.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Usan las terapias complementarias nuestros pacientes con cáncer?

Moreno Martos H, López González F, Zapata Martínez M, Langa Valdivieso J, Latorre Hernández J, García Ramón M

Médico de Familia. UGC Almería Periferia. Distrito Almería

Título: ¿Usan las terapias complementarias nuestros pacientes con cáncer?

Objetivo:

Principal: Determinar la prevalencia del uso de terapias complementarias (TC) por los pacientes con cáncer.

Secundarios: Conocer las fuentes de información y su motivación.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Población y Muestra:

Criterios de selección: pacientes 18-75 años diagnosticados de cáncer (en los últimos 2 años) y tenga historia digital.

Criterios de exclusión: incapacidad para comunicarse, no den su consentimiento.

Muestreo: muestreo consecutivo conforme acudan los pacientes a las consulta de AP. Se realiza en Mayo - Junio 2011.

Intervenciones: se realiza entrevista.

Variables: edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, situación laboral, tipo de cáncer, tratamiento convencional (quimioterapia, radioterapia, cirugía, otros), sintomatología principal, ante-

cedentes personales, participación de alguna asociación (si/no). Encuesta sobre uso de TC, fuentes de información y motivación.

Análisis estadístico: descriptivo: variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias, variables cuantitativas media, desviación estándar (DE).

Resultados: 65 pacientes. Edad media de 59,65 DS 12, 55% mujeres, 65% viven en pareja, 15% estudios universitarios, 65% están jubilados o en situación de incapacidad temporal. Cáncer más frecuentes es mama (50%). Tratamiento recibido, quirúrgico: 75% de los casos, seguido quimioterapia: 65% y radioterapia 55% y hormonoterapia 30%. Un 15% ha hecho alguna terapia complementaria, 66% han hecho homeopático, 33% ha realizado alguna dieta especial, reiki, ejercicio (yoga), meditación. Las fuentes de información son familiares, amigos y libros. La principal motivación de usar estas terapias complementarias es para hacer algo por ellos mismos, reducir el estrés físico y mental y para ayudar a la terapia convencional que reciben en el hospital.

Conclusiones: nuestros pacientes usan poco las terapias complementarias, la información la reciben de su entorno (familia y amigos) y su principal motivación es hacer algo por ellos mismos y ayudar a la terapia que reciben en el hospital.

Palabras Clave: Complementary therapy, Family Physicians, cáncer.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Se ha producido un descenso del número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) demandados en un área sanitaria del distrito de salud desde la libre dispensación de la pildora de anticoncepción de emergencia (PAE) en farmacias?

Borraz Espejo B, Hurtado Siles E, Toro García M

Médico Residente de 4º año. CS Colonia Santa Inés Teatinos. Málaga

Título: ¿Se ha producido un descenso del número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) demandados en un área sanitaria del distrito de salud desde la libre dispensación de la pildora de anticoncepción de emergencia (PAE) en farmacias?

Objetivo: cuantificar el cambio en el número de IVE demandados en el área de salud de un distrito sanitario durante los periodos pre y post libre dispensación de la PAE en farmacias.

Diseño: observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano de Atención Primaria.

Población y muestra: todas las mujeres que solicitaron un IVE en el distrito sanitario entre septiembre de 2008 y septiembre de 2010.

Intervenciones: los datos del número de IVE solicitados se obtendrán de los registros del distrito sanitario. Se utilizarán los datos existentes en el sistema de registro de historia clínica (Diraya) para los datos secundarios.

Resultados: en el periodo completo se solicitaron 3780 IVEs, de ellos 1864 (49.3%) fueron en el periodo previo a libre dispensación, y 1816 (50.7%) en el periodo postcomercialización. La edad media es de 26 años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos periodos ($p=0.89$). El 64.8% del total que solicitaron IVEs eran españolas, de estas el 54% fue antes de la libre dispensación y el 46% posterior. El porcentaje de mujeres extranjeras era del 25%, el 45% lo solicitaron en el periodo previo y el 55% fue postcomercialización.

Conclusiones: no se han encontrado diferencias significativas entre el número de IVEs solicitadas en el año anterior y posterior a la libre comercialización de la PAE, lo que no apoyan la tendencia observada a la disminución en el número de IVEs así como tampoco apuntan a la libre dispensación como factor relacionado con la disminución en el número de IVEs demandados.

Palabras Clave: Induced abortion (aborto inducido), Contraception postcoital (contracepción postcoital), Primary care (Atención Primaria).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Revisión del tratamiento con digoxina en pacientes mayores de 65 años

Avila García N¹, Romero Matas R², Borraz Espejo B³, Álvarez Piña E², Espina Rodríguez N⁴ Ayas Sánchez A¹

¹Médico Residente de 2º año. CS Colonia Santa Inés Teatinos. Málaga

²Médico Residente de 3º año. CS Colonia Santa Inés Teatinos. Málaga

³Médico Residente de 4º año. CS Colonia Santa Inés Teatinos. Málaga

⁴Médico Residente de 1º año. CS Colonia Santa Inés Teatinos. Málaga

Título: Revisión del tratamiento con digoxina en pacientes mayores de 65 años.

Objetivo: evaluar la necesidad de ajuste de dosis de digoxina en pacientes > de 65 años.

Detectar las posibles intoxicaciones digitálicas e interacciones farmacológicas.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano

Población y muestra: de los 14934 pacientes adscritos al centro de salud, se revisaron los 14 pacientes mayores de 65 años con tratamiento de digoxina prescrito a dosis iguales o superiores a 0.25mg/día.

Intervenciones: se contactó telefónicamente con los pacientes incluidos en el estudio para conocer si presentaban algún tipo de síntoma compatible con intoxicación. Se les solicitó ECG y analítica con digoxinemia y función renal. A través de la historia clínica digital se revisaron los tratamientos prescritos.

Resultados: hay 2 pacientes (14%) que toman una dosis inferior a 0.25mg/día, con digoxinemia entre 0.6-1.2ng/ml sin presentar síntomas

ni signos electrocardiográficos compatibles con intoxicación.

Entre los pacientes con dosis ≥ 0.25 mg/día (86%): con la función renal normal había 8 pacientes (66,7%), el 75% con digoxinemia entre 0.6-1.2ng/ml, y el 25% > 1.2ng/ml, los cuales estaban intoxicados; con la función renal alterada había 4 pacientes (33,3%), todos ellos con niveles de digoxina >1.2ng/ml, 2 de ellos intoxicados.

Con respecto a las interacciones farmacológicas: un 50% tomaba además diuréticos de asa, 14% diuréticos ahorradores de potasio, 28% tiazidas y 8% diltiazem.

Conclusiones: los pacientes presentan características de pluripatología, polifarmacia y cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento.

Estos factores contribuyen a una mayor interacción medicamentosa, siendo la más frecuente con diuréticos.

Se observa que a peor función renal, mayor riesgo de intoxicación.

Palabras Clave: Digoxin (digoxina), Intoxication (intoxicación), Diuretics (diuréticos).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Valoración del despistaje de retinopatía diabética mediante retinografía

Ayas Sánchez A¹, Luna Carretero M², Romero Matas R³, Álvarez Piña E³, Ávila García N⁴, Espina Rodríguez N²

¹Médico Residente 2º año Medicina de Familia. CS Málaga

²Médico Residente 1º año Medicina de Familia. CS Málaga

³Médico Residente 3º año Medicina de Familia. CS Málaga

⁴Médico Residente 2º año Medicina de Familia. CS Málaga

Título: Valoración del despistaje de retinopatía diabética mediante retinografía.

Objetivo: valoración de las retinografías solicitadas dentro del programa de detección precoz de retinopatía diabética (RD).

Describir el perfil del paciente al que se solicita retinografía.

Concordancia entre mal control metabólico (HbA1c ≥ 7) y aparición de RD.

Concordancia entre años de evolución de la diabetes y la RD.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: valoración de 189 retinografías realizadas durante un año a los pacientes diabéticos incluidos en el programa de detección precoz de RD.

Intervenciones: se accedió a la Historia Clínica Digital de cada paciente incluido en el programa para recoger las variables: edad, sexo, HbA1c, IMC, años de evolución de la diabetes. Se obtuvieron los resultados de las retinografías del Programa Integral del Diabético.

Resultados: de las 189 retinografías estudiadas el 62,96% son de hombres.

La edad media es de 61 años.

El IMC medio 27,4.

La HbA1c de los pacientes a los que se solicitó retinografía fue mayor de 7 en un 51%.

Se diagnosticaron 17 retinopatías, lo que supone un 9% de las retinografías. 154 fueron normales (81%). Siendo no valorable en 17 pacientes (10%).

Del total de RD un 70% presentaba una retinopatía leve y un 30% moderada.

La HbA1c media en los pacientes con RD es de 7,8.

De los pacientes con HbA1c ≥ 7 presentaban RD un 13,54%.

Conclusiones: un alto porcentaje de las retinografías no se confirmaron como RD.

Se observa que los pacientes con RD tienen mal control metabólico. La mayoría de las RD se diagnosticaron en estadio leve.

Palabras Clave: Diabetes mellitus, HbA1c, diabetic retinopathy.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Cadena de supervivencia: trabajando la importancia del primer eslabón

Foncubierta Boj G¹; Cabello Orozco C²; Rodríguez Martínez M³; Fernández Barrios M⁴

¹Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz)

²Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS La Granja-Manuel Blanco. Jerez de la Frontera (Cádiz)

³Médico de Familia. Unidad de Gestión DCCU. Distrito Jerez-Costa Noroeste (Cádiz)

⁴Médico de Familia. Dirección de salud del Distrito Sanitario Jerez-Costa Noroeste (Cádiz)

Título: Cadena de supervivencia: trabajando la importancia del primer eslabón.

Objetivo: formar a estudiantes de 4º de educación secundaria obligatoria (ESO) en el reconocimiento de situaciones que requieren la rápida y correcta activación del Servicio de Emergencias Médicas (SEM).

Fomentar participación de residentes de Familia en educación ciudadana.

Diseño: estudio descriptivo.

Emplazamiento: colegio enseñanza secundaria de Jerez de la Frontera.

Población y muestra: taller de entrenamiento y aprendizaje con 23 estudiantes (edades entre 15 y 17 años). Participaron una Médico del SEM y una Médico Residente de Familia.

Intervenciones: exposición con diapositivas y talleres prácticos que identifican situaciones in-

fluyentes en la activación y respuesta del SEM e indicadores para la modificación de conductas. Hubo cuestionarios previos y posteriores al taller.

Resultados: el 74% no tenían formación previa en primeros auxilios. El 26% conocía cómo funciona el SEM y el 33% desconocía: números de emergencia, conceptos de urgencia/emergencia y la importancia del primer eslabón en cadena de supervivencia.

Tras el taller, el 100% identificaban números de emergencias sanitarias y su correcta activación.

Conclusiones: tras el taller consiguieron conocimiento adecuado de teléfonos de emergencia, funcionamiento y estructura del Centro Coordinador y pautas de actuación ante emergencias.

Fue valorado positivamente, considerando que debe extenderse al colectivo.

Palabras Clave: emergencias, Medicina Familiar y Comunitaria, taller de entrenamiento.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Perfil de la mujer con IVE en ZBS

Jiménez Aguilera A¹, Alberdi Martín L², Conde Valvi-Fraga S², Pedrosa Árias M³, Vázquez Molina R³, Asensio Avilés F³

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS Granada

²Médica Residente de 2º año Familia. CS Huétor Tajar (Granada)

³Médico de Familia. CS Huétor Tajar (Granada)

Título: Perfil de la mujer con IVE en ZBS.

Objetivo: describir en una Zona Básica ocurrencia de interrupciones voluntarias embarazo (IVE) a lo largo de cuatro años (2008-2011), su distribución por edad y nacionalidad.

Diseño: observacional descriptivo.

Emplazamiento: poblacional. Atención primaria.

Población y muestra: 196 mujeres con al menos un IVE desde 2008-2011 identificadas registro CS; significaban totalidad del marco poblacional. Población en edad fértil (15-44 años) de la zona estimada según NUHSA: 4746 mujeres (437 inmigrantes). Registro anónimo de solicitud IVE, se identificó año IVE, edad, semana gestación, nacionalidad.

Intervenciones: se analizó de forma univariante distribución de IVE por edad, nacionalidad, semanas gestación para totalidad del periodo; por año de estudio estimándose los intervalos de confianza. Se exploró mediante de Chi cuadrado potencial relación entre año de estudio, perfil edad y nacionalidad mujer.

Resultados: para periodo estudio, ocurrencia IVE en mujeres edad fértil de ZBS fue 39,6 por mil en cuatro años. Al valorar Tasa IVE por nacionalidad: 205 por mil inmigrantes en edad fértil

y españolas 22,7 por mil. El grupo edad 20-30 años acumula casi la mitad de mujeres con IVE; observando 1 de cada 5 IVE ocurre en menores. Para 96% de mujeres la IVE ocurrió antes 13 semanas gestación, 57% antes de la 8ª semana. Se observó diferencias significativas ($p=0,005$) entre nacionalidad-edad de la mujer; españolas 25% IVE ocurren en menores, frente a 7% de IVEs en extranjeras, del total IVE en menores de 19 años, 90% correspondió española. Igualmente, 47% de la españolas tienen edad menor 24 años frente al 57% de extranjeras cuya edad es 19-30 años. Se observó diferencias significativas y relevantes ($p=0,005$) entre año de estudio-nacionalidad de la mujer con IVE; en españolas, 12% de IVE ocurrieron en 2008 incrementándose al 37% en 2011; entre extranjeras se observa que 38% de IVEs ocurren en 2008, 20% en 2011 observándose estabilidad o ligera disminución.

Conclusiones: agrupando cuatro años de estudio, tasa IVE en mujeres en edad fértil es alta (40 por mil) duplica tasa IVE Distrito (25 por mil). Exceso IVE respecto otras zonas es plausible obediencia a ocurrencia de IVE en población inmigrante; alarma tasa IVE de 205 por mil mujeres inmigrantes frente 22,7% en nacionales. La ocurrencia IVE difiere por edad y nacionalidad siendo mayoritariamente españolas menores de 19 años.

Palabras Clave: Interrupción embarazo, inmigrantes.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Resultados de la implantación de una consulta específica de cefaleas en Atención Primaria

Oreno Álvarez P¹, Castro Agudo M¹, González Díaz M², Lozano Vicente A¹, Bataller de la Cruz P², Manjón Collado M²

¹Médico de Familia. CS Los Carteros. San José de la Rinconada. Sevilla

²Médico de familia. CS El Mirador. San José de la Rinconada. Sevilla

Título: Resultados de la implantación de una consulta específica de cefaleas en Atención Primaria.

Objetivo: analizar una consulta de cefalea en Atención Primaria (grado de afectación de la cefalea en la población, efectividad, calidad de las historias clínicas, gestionar acuerdos interniveles y valorar la capacidad de resolución). Optimizar el manejo de los pacientes con cefaleas y comparar con el modelo convencional. Formación de profesionales en AP.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud de AP.

Población y muestra: 37913 habitantes, 1375 pacientes en cefaleas, muestra 137 aleatoria.

Intervenciones: auditoria de historias valorando el registro (filiación, hoja de problemas, alergias, icono cefaleas, diagnóstico IHS-2004, anamnesis y exploración). Mediante 2 test medimos el efecto de la cefalea sobre las actividades de la vida diaria del paciente (MIDAS- Migraine Disability Assessment Store y HIT-6- Headache Impact test). Evaluar efectividad del tratamiento sintomático- test MACT (Migraine Assessement of

Current Terapy). Valorar grado de resolución de la consulta mediante derivaciones a neurología.

Resultados: el 86,9% de las historias cumplen los criterios de la Agencia de Calidad. El 58,2% presentaban limitación moderada-severa, mas en cefalea crónica diaria y las migrañas con aura. Menos de un 46 % precisaban cambio de tratamiento. Analizando la capacidad de resolución, la tasa de derivación a neurología en 2010, fue de 4,47 derivaciones/1000 TAFES, un 38% menos que otros distritos de la provincia y 24% menos que la media Andaluza. Se derivó 25 cefaleas (5,4%), tasa de resolución 94,6%.

Conclusiones: considear la consulta de cefaleas en un CS como efectiva, por la disminución de derivaciones, con el beneficio económico consecuente. Los resultados de impacto y tratamiento se asemejan a publicaciones anteriores neurológicas. La capacidad de resolución (94%) nos conduce a la necesidad de formación de los profesionales de AP en cefaleas, para así descentralizar el manejo de estos pacientes y que sean atendidos por sus médicos de familia.

Palabras Clave: Headache (cefalea), efectiveness (efectividad), MIDAS (MIDAS), HIT-6 (HIT-6), Primay Care (Atención Primaria).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Deshabitación tabáquica: claves de éxito

López Moreno C, Martínez Viciano A, Gómez Ortega A, Nievas Soriano B, Nortes Sánchez I, Fernández Rovira J

Médico Residente Medicina de Familia. UGC Nueva Andalucía. Almería

Título: Deshabitación tabáquica: claves de éxito.

Objetivo: conocer el perfil del paciente que logra la deshabitación tabáquica.

Diseño: estudio descriptivo longitudinal.

Emplazamiento: UGC Nueva Andalucía (Almería).

Población y muestra: muestra de 116 pacientes fumadores, periodo Enero 2010- Diciembre 2011.

Intervenciones: muestra de 116 pacientes fumadores en fase preparación-acción que accedieron al programa de deshabitación tabáquica, periodo Enero 2010- Diciembre 2011, excluyendo a fumadores con trastornos psiquiátricos graves, menores de 18 años y adictos a otros tóxicos. Teniendo en cuenta como variables: edad, sexo, edad de comienzo, número de cigarrillos al día,

intentos previos en el último año, Test de Richmond y Fagerstrom, convivientes fumadores, apoyo familiar, motivo más frecuente por el que fuman y expectativas de éxito.

Resultados: 51% de los pacientes que no fuman al final de la terapia son mujeres, 76,5% tienen motivación moderada según el Test de Richmond, 51% no convivientes con fumadores, 86,3% con apoyo familiar, 60,8% fumaban por placer y relaciones sociales, 51% motivados por el miedo a enfermar, 94,1% con expectativas de éxito ($p<0,05$).

Conclusiones: el perfil del paciente que logra la deshabitación tabáquica es de 46 años, con inicio a los 17 años, que fumaba un paquete al día por placer y relaciones sociales, con algún intento de deshabitación en el último año motivado por miedo a enfermar, que cuenta con apoyo familiar y que tiene expectativas de éxito en la terapia.

Palabras Clave: health profile, tobacco, smoke.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación de la eficacia de los talleres psicoeducativos sobre un grupo de mujeres con un bajo nivel de autoestima

Porcel Martín E¹, Tavira Patón M¹, Porcel Martín C², Santa Cruz Bellet C³, Casassas Serdañons C², Gómez Naváez Y⁴

¹Médico Residente Medicina de Familia. CS Trinidad Jesus Cautivo. Málaga

²Enfermera. CS Trinidad Jesus Cautivo. Málaga

³Trabajadora social. CS Trinidad Jesus Cautivo. Málaga

⁴Enfermera de enlace. CS Trinidad Jesus Cautivo. Málaga

Título: Evaluación de la eficacia de los talleres psicoeducativos sobre un grupo de mujeres con un bajo nivel de autoestima.

Objetivo: evaluar la eficacia de talleres psicoeducativos para aumentar la autoestima en mujeres que participen en ellos.

Diseño: estudio cuasiexperimental con grupo control, medición antes-después.

Emplazamiento: centro de Salud urbano.

Población y muestra: 120 mujeres con bajo nivel autoestima captadas en consulta de Atención Primaria. Criterios de inclusión para la realización del taller son: mujeres de 30-65 años que presentan déficit en el apoyo familiar y/o social diagnosticadas de trastorno ansioso-depresivo, que acepten participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado. Criterios de exclusión: haber participado en talleres psicoeducativos previos y problemas cognitivos.

Intervenciones: 7 talleres psicoeducativos, 2 horas de duración. Grupos 15 mujeres. Dirigidos por trabajadora social y enfermera de enlace. Variables. Dependiente: autoestima (Escala de Coopersmith). Independientes: intervención, edad, nivel formación, situación socio-laboral, relaciones sociales, frecuentación servicios sanita-

rios, nivel de ansiedad y depresión, nivel de salud. Comprobar aumento ≥ 2 puntos puntuación de la Escala de Coopersmith entre medición pre y post intervención. Estadísticos: Test Chi-cuadrado, Test ANOVA, modelo bivalente de regresión logística.

Resultados: edad media 51 años, aumento valoración Escala Coopersmith ≥ 2 puntos 53,8% grupo intervención, 41,7% grupo control ($p > 0,005$). 66% mujeres que mejoran autoestima EuroQol-5D pre-taller < 6 puntos ($p < 0,005$). 58,8% mujeres que mejoran autoestima Golberg pre-taller 5-9 puntos ($p > 0,005$). Mayor aumento autoestima Escala Coopersmith en mujeres casadas 53,3%, estudios secundarios o superiores 53,3%, no trabajan fuera de casa 64,3% y realizan actividades de ocio 62,5% ($p > 0,005$).

Conclusiones: observamos tendencia de los datos hacia un aumento de autoestima en las mujeres que participan en los talleres psicoeducativos. Los datos no son estadísticamente significativos probablemente por el pequeño tamaño muestral (por tratarse de un proyecto piloto), por lo que es necesario aumentar la muestra para verificar la hipótesis.

Palabras Clave: autoestima (self-esteem), talleres psicoeducativos (psychoeducational workshops), mujeres (women), Atención Primaria (primary care).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Características clinicoanalíticas y complicaciones en adolescentes y adultos con mononucleosis infecciosa

López Moreno C¹, López García P², Perea Rodríguez A³, Rivera Moya A⁴, Rico López C⁵, Perea Rodríguez C³

¹Médico Residente Medicina de Familia. UGC Nueva Andalucía. Almería

²Médico Residente Medicina de Familia. CS La Cañada. Almería

³Médico Residente Medicina de Familia. CS Roquetas Sur (Almería)

⁴Médico Residente Medicina de Familia. CS Plaza Toros. Almería

⁵Médico Residente Medicina de Familia. CS Abia (Almería)

Título: Características clinicoanalíticas y complicaciones en adolescentes y adultos con mononucleosis infecciosa (MI).

Objetivo: identificar a los pacientes diagnosticados de MI que precisan ser atendidos a un nivel hospitalario, observando sus características clínico-analíticas y sus complicaciones.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Hospital Torrecárdenas (Almería).

Población y muestra: tras la revisión de 125 historias clínicas con diagnóstico de Mononucleosis Infecciosa (MI), se recogen 57 casos de pacientes con edades comprendidas entre los 14-65 años, diagnosticados de MI causada por VEB con prueba de Paul-Bunnell positiva y complicaciones, que han sido ingresados en el servicio de Medicina Interna durante el período de enero de 2004 hasta noviembre de 2011.

Intervenciones: criterios de exclusión: niños, anticuerpos heterófilos negativos aunque presenten la clínica de MI, pacientes tratados en Atención Primaria, pacientes sin complicaciones.

Resultados: sexo masculino 68,42%, femenino 31,57%. Edad media $22,68 \pm 8,26$ años. Motivo consulta más frecuente: tríada clásica (fiebre, adenopatías, amigadalis) 36 pacientes, fiebre 8, fiebre y faringitis 7, adenopatías y faringitis 3, adenopatías y fiebre 2, adenopatías 1. Pacientes con exantema (26%), esplenomegalia (50,9%) y hepatomegalia (57,9%). Complicaciones: hepatitis por VEB (70,2%), obstrucción de vías altas (40,4%), sobreinfección bacteriana (14%), trombocitopenia (8,8%), neumonía con derrame pleural (5,3%), anemia hemolítica autoinmunitaria (3,5%), meningitis linfocitaria aguda (1,8%), miocarditis (1,8%).

Conclusiones: es una enfermedad de adultos jóvenes. Con la edad la MI adquiere más gravedad. Existe predisposición por el sexo masculino. La MI tiene muchas formas de presentación. Las complicaciones que se han descrito en nuestro estudio han sido de buen pronóstico. La complicación más frecuente presentada en el estudio ha sido la hepatitis por VEB, con alteración de función hepática y hepatomegalia en un 70% casos.

Palabras Clave: mononucleosis infecciosa, complicaciones e ingresos hospitalarios.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Valoración conocimientos, nutricional completa, sedentarismo y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes

Jiménez Lorente CP¹, Contreras Ruiz I¹, Jiménez Pérez-Higueras M², De la Torre Marín A², Casas Reyes P², Ventura Ventura M^aM²

¹Médico de Familia. CS Zaidín-Sur. Granada

²Médico Residente 2º año Medicina de Familia. CS Zaidín-Sur. Granada

Título: Valoración conocimientos, nutricional completa, sedentarismo y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes.

Objetivo: evaluar factores de riesgo cardiovascular (FRCV), hábitos, interés y conocimientos en alimentación y ejercicio físico. Describir antropometría y resultados analíticos.

Diseño: estudio transversal y descriptivo.

Emplazamiento: escolares.

Población y muestra: la totalidad de adolescentes de Centros de Acogida de Aldeas SOS de una Provincia (28).

Intervenciones: encuesta anónima autocumplimentada validada, que explora adherencia a la dieta mediterránea (KIDMED). Valoración del sedentarismo (KRECEPLUS). Interés y conocimientos (Ministerio de Sanidad y Consumo 2007) sobre alimentación y ejercicio. Hemograma, glucemia, perfil lipídico, medidas antropométricas (peso, talla) y tensión arterial (TA).

Análisis descriptivo univariante en una base de datos SPSS 20 mediante media, desviación típica y percentiles.

Resultados: el 61,5% son hombres, con edad media 15,5 +/- 1,7. El 3,6% tienen bajo peso, 19% sobrepeso, 15% obesidad. KIDMED: adherencia baja 3,8% y media 32,3%. KRECEPLUS: conductas sedentarias 35,7%. TA por encima del p90 el 4,8%; el 7,1% cifras de colesterol en el límite alto. Fuman diariamente el 8,3% y han fumado el 29%.

Su interés sobre alimentación es la prevención de enfermedades en el 93% y el 68% para hacer dieta. El 89% realizan ejercicio físico para divertirse y el 78% para tener buen aspecto físico. Ignoran las funciones de hidratos de carbono, proteínas y grasas el 96%, 66,7% y 74% respectivamente. El 59,3% desconoce el tiempo que ha de dedicar diariamente al ejercicio.

Conclusiones: la mitad de los adolescentes tiene una adherencia media/baja a la dieta mediterránea. Han de mejorar la forma física alrededor de la mitad. Se han detectado FRCV en este grupo de población. Los principales intereses son tener información sobre dieta y mejorar el aspecto físico. Pocos conocimientos en alimentación y ejercicio físico.

Palabras Clave: conocimientos, alimentación, sedentarismo, FRCV, adolescentes. Alimentation, Sedentary, Knowledge Cardiovascular Risk Factors, Adolescents.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Registro del hábito tabáquico en la historia clínica informatizada

Muñoz González L¹, Pérez Castro M¹, Bueno Cardona J², Sánchez Pérez M³, Paniagua Gómez F³, Mancera Romero J³

¹Médico Residente de Familia. CS Ciudad Jardín. Málaga

²Residente Enfermería. CS Ciudad Jardín. Málaga

³Médico de Familia. CS Ciudad Jardín. Málaga

Título: Registro del hábito tabáquico en la historia clínica informatizada.

Objetivo: analizar la evolución del registro del hábito tabáquico en las historias clínicas informatizadas de las personas mayores de 14 años adscritas a un centro de salud.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: 38.000 personas adscritas al centro (32.000 mayores de 14 años). 20 Médicos de Familia. Años 2004-2012.

Intervenciones: registro en la historia clínica del hábito tabáquico (icono específico en TASS y registro de hábitos en Diraya).

Resultados:

- Centro de salud: desde 2004 hasta 2007 hubo un incremento progresivo del registro de datos pasando del 26 al 48% (incremento del 22%).

En 2008 se inicia el programa Diraya perdiéndose la información recogida en TASS hasta entonces. Se inicia ese año Diraya con un registro del 6%, el cual ha ido aumentando progresivamente

hasta el año 2012 (12%, 21%, 28% y 31%), con un incremento del 25%.

Con el programa TASS había más registros (48%) que con Diraya (31%) con una diferencia significativa ($p < 0,005$).

- Profesionales: En TASS, la mitad de los profesionales habían registrado el hábito tabáquico en más del 50% de las historias; sin embargo, en Diraya, el 45% había conseguido los mismos objetivos, apreciándose una disminución del 5% del registro. De manera general, el porcentaje de registro de los profesionales fue similar en ambos programas.

Conclusiones:

- Insuficiente registro del hábito tabáquico.
- Incremento progresivo de la recogida de datos a lo largo de los años.
- Gran variabilidad de registro entre los profesionales.
- El cambio del sistema informático no parece haber influido en el registro individual, aunque sí en el conjunto del centro.

Palabras Clave: Smoking (fumador), Record (registro), Primary Care (Atención Primaria).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evolución de las resistencias bacterianas a la fosfomicina en las infecciones de orina de un distrito sanitario de Atención Primaria en los últimos once años.

Olmo Navas M¹, Rodríguez Maresca M², Delgado Pérez P³, Dueñas Alcalá R¹, Iribarne Capel R⁴, Garrido Fernández P⁵

¹Médico de Familia. UGC Alcazaba. Distrito sanitario Almería

²UGC de biotecnología. Complejo hospitalario Torrecardenas. Almería

³UGC Alto Andarax. Distrito sanitario Almería

⁴UGC Virgen del Mar. Distrito sanitario Almería

⁵Fundación investigación biomédica Andalucía (fibao). Complejo hospitalario Torrecardenas. Almería

Título: Evolución de las resistencias bacterianas a la fosfomicina en las infecciones de orina de un distrito sanitario de Atención Primaria en los últimos once años.

Objetivo:

Principal: analizar la evolución de las resistencias bacterianas (RB) a la fosfomicina en las infecciones tracto urinario (ITUs) de un Distrito Sanitario en los últimos once años.

Secundarios: Valorar número de urocultivos positivo (UP) entre el total de urocultivos realizados; analizar microorganismos más frecuentes en ITUs y relación con la sensibilidad a fosfomicina.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Población y muestra: N = 134.479 urocultivos de pacientes de Atención Primaria. Variables: Área geográfica: Centro de Salud (CS) 1-16; tiempo: año 2001-2011; resistencias a antimicrobianos= Total-sensibilidad a fosfomicina en cada año en cada CS.

Análisis estadístico: Chi cuadrado, regresión lineal y prueba Z para comprobación de proporciones.

Intervenciones: no.

Resultados: no hay diferencias estadísticamente significativas en la evolución del porcentaje de resistencias a fosfomicina entre los CS en cada año estudiado ni en el total del tiempo estudiado (cálculo de tendencia mediante regresión lineal con variable independiente tiempo, $p=0.682$ y $R^2: 0,02$. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los CS en el porcentaje de UP respecto al total de urocultivos (chi cuadrado, $P=1$. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los CS en la etiología más frecuente (*Escherichia Coli* en un 70%) (Chi cuadrado, $p=1$). Se detectan diferencias estadísticamente significativas entre la resistencia global a la fosfomicina en todos los UP (30%) y la resistencia global a la fosfomicina en los UP para *E. coli* (14%) (prueba Z para la comparación de proporciones, $p<0.001$)

Conclusiones: la resistencia a fosfomicina se mantiene estable durante los once años para todos los CS analizados; el porcentaje global de UP es de 14,28% no encontrándose diferencia entre los CS; *E. coli* causa el 70% de las ITUs, pero su resistencia a fosfomicina es la mitad que en el resto de agentes etiológicos, por lo que estos deberían incluirse en estudios epidemiológicos locales para diseñar tratamientos empíricos efectivos.

Palabras Clave: Urinary infection (infección urinaria), Community acquired (adquisición comunitaria), Antimicrobial resistance (resistencia antimicrobiana).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Fracturas de pelvis en la práctica de deportes de invierno

Granados Solier M^aC¹, García García M², Díaz Zabala J³, Cedeño Benavides T¹, Guiote Torres A¹, Lombardo Valero J⁴

¹Médico de Familia. CS Sierra Nevada. Granada

²Enfermera. CS Sierra Nevada. Granada

³Celador. CS Sierra Nevada. Granada

⁴Celador Conductor. CS Sierra Nevada. Granada

Título: Fracturas de pelvis en la práctica de deportes de invierno.

Objetivo: analizar la incidencia de lesiones de cadera en deportes de invierno en población joven.

Diseño: análisis poblacional de tipo descriptivo.

Emplazamiento: clínica Sierra Nevada paciente atendidos en dos meses.

Población y muestra: pacientes que acuden al servicio durante dos meses 2012 son 4590 acuden 22 pacientes por patología de cadera, pacientes que son la muestra poblacional de todos los usuarios vistos en temporada de esquí son 8817 pacientes.

Intervenciones: análisis poblacional descriptivo.

Resultados: de los pacientes que acuden al servicio durante dos meses 2012 son 4590 acuden 22 pacientes por patología de cadera, 8 pacientes con fractura de pelvis, 1 con luxación de femur, 1 fractura epifisis proximal femur, 12 pacientes tienen patología banal contusión, algias etc. Todo analizado según intervalos de edad, sexo, mecanismo lesional, etc.

Conclusiones: de los pacientes que acuden al servicio durante dos meses 2012 son 4590 acuden 22 pacientes por patología de cadera, un 54.54% tuvieron contusiones no fracturas, 36.36% pacientes con fractura de pelvis, 4.54% con luxación de femur, 4.54% fractura epifisis proximal femur.

El mecanismo lesional fue en un 90.91% esquí alpino, y en un 9.09% snow-board.

Palabras Clave: luxación, fractura, pelvis, cadera, femur.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Conseguimos responsabilizar a nuestras pacientes de la importancia en la prevención del cáncer de cérvix?

Martínez Chamorro A, Villalba Beltrán G, Calderón Nieto R, Toral Sánchez J, Guerrero Durán E, Domínguez Márquez A

Médico Residente de Medicina de Familia. CS Palma-Palmilla. Málaga

Título: ¿Conseguimos responsabilizar a nuestras pacientes de la importancia en la prevención del cáncer de cérvix?

Objetivo: estudiar la adherencia de nuestras pacientes al proceso cáncer cérvix y describir el perfil de las pacientes incluidas en dicho proceso.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: centro de salud urbano de zona de transformación social.

Población y muestra: mujeres incluidas en PAI cáncer cérvix desde enero 2006 a mayo 2012.

Intervenciones: se recogieron los datos demográficos, resultado de las citologías, hábito tabáquico, método anticonceptivo, tiempo de realización.

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS v20.

Resultados: las mujeres incluidas en PAI cáncer cervix fueron 792, de las cuales 15 fueron excluidas por edad superior a 65 años.

La edad media fue de entre 38 años.

Se detectaron 24 citologías patológicas (existencia de lesiones neoplásicas o preneoplásicas).

El 21.6% (167) mujeres eran fumadoras, el 81.6% (475) tienen hijos (teniendo en cuenta que existe una pérdida de 197 mujeres, por no registro de este dato). Un 8.9% de las pacientes, 69 mujeres, presentaron infecciones vaginales de repetición.

Se detectó VPH en un 1.2% (9 mujeres), una muestra inferior a la esperada, dada la precocidad en el inicio de las relaciones sexuales en las mujeres de nuestra zona.

El método anticonceptivo más usado fue el hormonal, con un 21.3% (271 mujeres).

El porcentaje de pacientes que cumplen adecuadamente los tiempos de realización de citologías fue de 32.9% (256 mujeres). Puede deberse a que existen pacientes incluidas en el proceso que nunca se han realizado citología.

Conclusiones: las mujeres más concienciadas de la necesidad de la toma de citologías periódicas fueron las de edades comprendidas entre 41 y 45.

Sólo el 32.9% se realizaron citología con la periodicidad establecida en el PAI.

Sería necesario mejorar la captación activa y la concienciación de la población femenina de riesgo.

Palabras Clave: Vaginal cytological examination (citología), Cancer cervical (cáncer cérvix).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Revisión de “fibrilación auricular” en Atención Primaria

Iglesias Rodríguez I¹, Rodríguez Argáiz R², Pérez Rivas L², Quiroz Mattsson D³

¹Médico Residente Medicina de Familia. CS Chauchina-Santa Fe (Granada)

²Médico Residente Medicina de Familia. CS Gran Capitán. Granada

³Médico Residente Medicina de Familia. CS La Zubia (Granada)

Título: Revisión de “fibrilación auricular” en Atención Primaria.

Objetivo: la fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más prevalente, determina gran demanda asistencia-médica, genera coste-sanitario elevado, graves-complicaciones, elevada-mortalidad.

Nuestro objetivo: conocer características clínicas enfermos FA, revisar tratamientos, comparar resultados centro-urbano/ área-metropolitana, llevar acabo intervenciones para mejorar resultados.

Diseño: estudio observacional-descriptivo.

Emplazamiento: dos centros de salud de zona urbana y dos centros de salud de zona metropolitana de Granada.

Población y muestra: 100 pacientes con FA (precisión.- 5%, alfa.- 5%, probabilidad esperada.- 60%, potencia.- 80%). Muestreo no probabilístico sistemático de las historias de todos los pacientes consultantes en varias jornadas laborales, en todas las consultas médicas centro-salud-urbano y dos del área metropolitano.

Intervenciones: tipo de intervención.- sesiones informativas y motivadoras, ofreciéndose resultados de evaluación.

Variables: edad, sexo, tratamiento anticoagulante, antiagregante, antiarritmico, estenosis mitral, prótesis valvular, EKG, control analítico, frecuencia cardiaca<110lpm, enfermedades concomitantes.

Análisis estadístico: medidas de frecuencia y dispersión habituales; t de Student y Chi Cuadrado para análisis bivariante.

Resultados: se auditaron más de 1500 historias-clínicas, para obtener 100 pacientes con Fibrilación-Auricular: 60% mujeres; edad media 75,5 años (SD.- 25.9). El 91% está anticoagulado y sólo un 10% antiagregado. El antiarritmico más usado: Bisoprolol o varios. En 2011, 46% tienen realizado EKG, 81% control analítico. La asociación a enfermedades concomitantes es elevada.

Conclusiones:

- 1.- No existen diferencias significativas entre sexo
- 2.- No existen diferencias significativas entre C-Urbano/ Area-Metropolitana.
- 3.- El 93% de los pacientes están bien tratados.
- 4.- El seguimiento control es insuficiente, siendo necesario introducir ciclo de mejora.

Palabras Clave: atrial fibrillation, primary care, oral anticoagulant treatment.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Intervención grupal de deshabituación tabaquica en un instituto de secundaria zona rural

Iglesias Rodríguez IM^{a1}, Saavedra Ruiz A², García García E³, Castillo Roldán P³

¹Médico Residente Medicina de Familia. CS Chauchina-Santa Fe (Granada)

²FEA. CS Chauchina-Santa Fe (Granada)

³Enfermera. Centro de Salud Chauchina-Santa Fe. Granada;

Título: Intervención grupal de deshabituación tabaquica en un instituto de secundaria zona rural.

Objetivo: primario: realizar una intervención para la deshabituación del tabaco en jóvenes sin patología asociada al mismo. Secundario: informar sobre las patologías asociadas al tabaco. Cambiar el concepto social adjudicado por el marketing, en el que se ha integrado al tabaco como participe de valores erróneos: seguridad, integración y prestigio en la sociedad adolescente-juvenil.

Diseño: estudio observacional-descriptivo.

Emplazamiento: centro de salud rural con población de 5.000 habitantes. Instituto de Secundaria (IES) de dicha población.

Población y muestra: 7 alumnos del IES entre 13-14 años, interesados en dejar de fumar, consultaron en la sala dedicada a Forma Joven. Tras entrevista inicial se propuso trabajo grupal por un objetivo común, con el fin de mejorar resultados.

Intervenciones: se utilizó como seguimiento de la intervención grupal, talleres basados en la "Guía para ayudar a chicos y chicas a adolescentes a dejar de fumar" de la Junta de Andalucía. Realizando seguimiento semanal. Un taller

los jueves de 45 minutos de duración, en el aula Forma Joven. Realizándose un taller formativo sobre: historia del tabaco, su repercusión publicitaria en la historia y efectos en salud.

Resultados: se realizó seguimiento por seis meses. Los 7 integrantes del grupo se conocían entre sí. 4 de los 7 terminaron abandonando el seguimiento antes del día D (día en el que se proponen dejar de fumar). 3 de ellos continuaron después y sólo 2 finalizaron todas las sesiones. Los abandonos del grupo fueron por falta de deseo, convencimiento del abandono tabaquico. De los 5 chicos, 1 asegura que ha reducido la cantidad de cigarrillos. 2 actualmente no fuman, pasados más de dos meses desde su abandono, actualmente están preparándose para impartir los talleres próximos de Forma Joven.

Conclusiones: el tabaco es un hábito que ha demostrado relación directa con enfermedades prevalentes en nuestro día a día en la consulta. El coste sanitario que genera es alto. Las intervenciones en adultos son selectas, aunque con buenos resultados, la mayoría son pacientes con patología. Las estrategias para deshabituación en adolescentes son técnicas de prevención con gran potencialidad. Es necesario esperar algunos meses para confirmar los resultados obtenidos.

Palabras Clave: Tobacco, adolescent, school.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Nuevas tecnologías en Atención Primaria

Hernández Galán JL¹, Muñoz Sánchez M², Arza Varo B², Bellón González J¹, Becerra Parra M¹

¹Médico Residente. CS La Puebla de Cazalla (Sevilla)

²Médico Residente. CS Ecija (Sevilla)

Título: Nuevas tecnologías en Atención Primaria.

Objetivo: describir el conocimiento y manejo de nuevas tecnologías aplicadas a la consulta médica en Atención Primaria.

Diseño: estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento: centros de salud Área de Gestión Sanitaria (AGS) Osuna.

Población y muestra: médicos de centros de salud de Écija, El Rubio, Estepa, Herrera, La Puebla de Cazalla, Marchena, Osuna y Pedrera. Participaron 68 médicos (47,05% MIR y 52,95% médicos de familia).

Intervenciones: se realizó encuesta sobre conocimientos y hábitos de uso de nuevas tecnologías, aplicables en la consulta diaria.

Resultados: en relación al conocimiento de nuevas tecnologías de los médicos encuestados, el 32,35% conoce que es la Web 2.0; manejando las siguientes utilidades: blog (67,65%), Google Docs (47,06%), podcast (41,18%), Dropbox (32,35%), contenidos PubMed (33,82%), contenidos Tripdatabase (5,88%), Scribd (5,88%), Netvibes (2,94%) y Zotero (2,94%).

El 32,35% sabe lo que es un formato para syndicar o compartir contenidos en la web (RSS) y utilizan en su totalidad Google reader como agregador.

Tienen cuenta de Twitter el 30%, de los cuales un 28,57% utilizan este servicio de microblogging para mantenerse al día sobre noticias médicas.

La totalidad de los encuestados considera internet una herramienta útil en la consulta, refiriendo el 88,23% dificultad o imposibilidad para acceder a internet desde su centro de salud.

Poseen smartphones el 61,76%, accediendo mediante conexión móvil para solventar dudas médicas de la consulta diaria entre 3-4 días por semana (60%).

Las aplicaciones más utilizadas desde smartphones son las relacionadas a manejo de fármacos (55%) y calculadoras médicas (25%).

El 14,71% de encuestados aconsejan a sus pacientes el acceso a internet, principalmente las páginas sanitarias gubernamentales y sociedades científicas.

Conclusiones: la mayoría de los médicos encuestados desconocen el conjunto de aplicaciones y servicios de la web 2.0, que podrían facilitar la asistencia médica diaria y promover la educación sanitaria.

A pesar del difícil acceso a internet desde los ordenadores de la consulta, la utilización de conexión móvil a internet es una realidad en aumento entre los médicos encuestados.

El inmenso mercado de aplicaciones para smartphones encuentra cada día más seguidores, entre los médicos de familia.

Palabras Clave: health information technology, primary care.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Registramos la revisión anual de la medicación en los pacientes ancianos polimedicados?

Fernández Gutiérrez B¹, Aguilar Heredia Y¹, Ortiz Gutiérrez J², Rodríguez Rivera R¹, Moreno Mesa G², Segovia Orihuela E²

¹Médico de Familia. CS Axarquía Oeste (Málaga)

²Enfermera. CS Axarquía Oeste (Málaga)

Título: ¿Registramos la revisión anual de la medicación en los pacientes ancianos polimedicados?

Objetivo: principal: evaluar la calidad asistencial en relación a la revisión anual de la medicación en pacientes ancianos y polimedicados. Secundarios: comprobar revisiones anuales de botiquines en visitas a domicilios. Valorar el registro en el programa polimedicados.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: centro de salud rural.

Población y muestra: pacientes mayores de 65 años, tratados con 5 o más fármacos, pertenecientes a cupos de centro de salud rural. Selección aleatoria simple. Muestra: 81 pacientes incluyendo pérdidas del 12%.

Intervenciones: tras permiso del comité de ética, se recogen y analizan las variables de forma retrospectiva (edad, nivel cultural, capacidad cognitiva y funcional, inclusión en programa polimedicados y revisión anual de tratamiento en consulta y domicilio).

Resultados: el 43,3% son hombres y el 56,7% mujeres. 28,3% no está alfabetizado. El 23,3% presenta demencia moderada o grave. 53,3% son dependientes. 11,47% incluidos en el programa polimedicados. 6,55% tienen registro de revisión anual del tratamiento. El 46,5% de los pacientes que están en domicilio, tienen revisión anual de la medicación (de estos, el 46,7% consumen más de 10 fármacos).

Conclusiones: la inclusión en el programa presenta una cifra muy inferior al cumplimiento que se pretende por lo que debemos orientar nuestras actuaciones diarias en consulta hacia un registro más exhaustivo. En cuanto a la revisión anual, precisa una mejora sustancial para garantizar la calidad y seguridad del paciente, en ocasiones con déficits sensoriales, físicos o cognitivos. Casi la mitad de los pacientes que no acuden a consulta se les revisa el botiquín. Los pacientes que tienen más de 10 fármacos deberían tener un control más estricto. Se puede relacionar los resultados con la fuerte demanda asistencial o el olvido en el registro, con lo que no queda reflejada ninguna información en el sistema para garantizar la calidad asistencial.

Palabras Clave: Elderly (ancianos), Polypharmacy (polifarmacia).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Existe un exceso en la prescripción de benzodiacepinas en los pacientes ancianos polimedicados?

Fernández Gutiérrez B¹, Aguilar Heredia Y¹, Ortiz Gutiérrez J², Rodríguez Rivera R¹, Moreno Mesa G³, Segovia Orihuela E²

¹Médico de Familia. CS Axarquía Oeste (Málaga)

²Enfermera. CS Axarquía Oeste (Málaga)

³Enfermero. CS Axarquía Oeste (Málaga)

Título: ¿Existe un exceso en la prescripción de benzodiacepinas en los pacientes ancianos polimedicados?

Objetivo: principal: evaluar la calidad asistencial en relación a la prescripción de benzodiacepinas en pacientes ancianos y polimedicados.

Secundarios: valorar el registro de alergias medicamentosas y las interacciones entre medicamentos prescritos en estos pacientes. Comprobar la prescripción de fármacos anticolinérgicos en el tratamiento habitual.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: centro de salud rural.

Población y muestra: pacientes mayores de 65 años, tratados con 5 o más fármacos, pertenecientes a cupos de centro de salud rural. Selección aleatoria simple. Muestra: 81 pacientes incluyendo las pérdidas del 12%.

Intervenciones: tras permiso del comité de ética, se recogen y analizan todas las variables de la historia clínica informatizada (edad, nivel cultural, capacidad cognitiva y funcional, registro de alergias medicamentosas, prescripción de benzodiacepinas y de anticolinérgicos.

Resultados: el 43,3% son hombres y el 56,7% mujeres. El 28,3% no está alfabetizado. El 23,3% presenta demencia moderada o grave. 53,3% son dependientes. El 16,7% consume más de 10 fármacos. El 38,3% consumen benzodiacepinas (16,6% son mayores de 80 años) y el 28,3% anticolinérgicos (el 11,6% son mayores de 80 años). El 83,6% tienen registro de alergias medicamentosas. El 0% presenta interacciones entre medicamentos prescritos.

Conclusiones: el registro de alergias medicamentosas se trata del único valor que supera el cumplimiento del 80%, teniendo en cuenta que constituye uno de los objetivos a alcanzar por los médicos de Atención Primaria.

En cuanto al consumo de benzodiacepinas y anticolinérgicos presentan una proporción muy alta. Es necesario valorar los efectos indeseables que estos fármacos producen. Destaca la alta proporción prescrita en pacientes mayores de 80 años. En este grupo se debería tener mayor precaución con el uso de estos fármacos. Por tanto, se concluye que es necesario un esfuerzo para racionalizar su prescripción, teniendo en cuenta los casos de automedicación con comprimidos pertenecientes a familiares y vecinos, no registrados.

Palabras Clave: Elderly (ancianos), Polypharmacy (polifarmacia).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Perfil y prevalencia de TDAH en un cupo rural

Valencia Alvarado A¹, Cuenca Morcillo M², Morales Rueda A², Guerrero González M², Ruíz Santiago J³

¹Médico de Familia. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias Las Lagunas. Málaga

²Enfermera. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias Las Lagunas. Málaga

³Enfermero. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias Las Lagunas. Málaga

Título: Perfil y prevalencia de TDAH en un cupo rural.

Objetivo: determinar la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y describir el perfil de paciente con dicho diagnóstico en población pediátrica adscrita a un consultorio rural.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo.

Pacientes de entre 3 y 14 años de edad, con diagnóstico registrado, en 2011, en historia clínica de TDAH, según criterios de CIE 10, adscritos a un cupo pediátrico de ámbito rural.

Revisión de historias clínicas digitales.

Análisis estadístico mediante SPSS 17.0, de las variables: edad, sexo, tratamiento prescrito, presencia de comorbilidad y especialidad que realiza seguimiento periódico.

Emplazamiento: ámbito rural.

Población y muestra: pacientes de entre 3 y 14 años de edad, con diagnóstico registrado, en 2011, en historia clínica de TDAH, según criterios de CIE 10, adscritos a un cupo pediátrico.

Intervenciones

Revisión de historias clínicas digitales.

Análisis estadístico mediante SPSS 17.0, de las variables: edad, sexo, tratamiento prescrito, presencia de comorbilidad y especialidad que realiza seguimiento.

Resultados: encontramos una prevalencia del 3%. La edad media fue de 10,3 años (DT 2,28). El 84,6% varones. El 76,9% de los pacientes recibían tratamiento con metilfenidato de liberación prolongada, el 93% combinado con metilfenidato de liberación inmediata. El porcentaje de pacientes sin tratamiento, o con otro fármaco en exclusiva (atomoxetina o metilfenidato de acción inmediata) fue 7,7%. No hubo comorbilidad en el 53,8% de los casos. El 30,8% de estos pacientes recibía seguimiento conjunto de Atención Primaria y neuropsiquiatría.

Conclusiones: el perfil del paciente pediátrico encontrado es varón con edad media de 10 años.

El tratamiento empleado es aún el metilfenidato, sin consenso en cuanto al tratamiento, hecho que podría atribuirse a la falta de unificación de criterios en seguimiento de esta patología, interviniendo Atención Primaria, neuropsiquiatría y salud mental. La prevalencia encontrada es similar a la arrojada por la literatura.

Palabras Clave: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Prevalence, Child.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Prevención de fractura de cadera en anciano frágil

Morales Rueda A¹, Cuenca Morillo M¹, Valencia Alvarado A², Ruiz Santiago J³, Tibos F²

¹Enfermera. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias Las Lagunas. Málaga

²Médico de Familia. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias Las Lagunas. Málaga

³Enfermero. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias Las Lagunas. Málaga

Título: Prevención de fractura de cadera en anciano frágil.

Objetivo: analizar la población de pacientes en situación de riesgo elevado de fractura de cadera, con un plan de medidas preventivas instauradas por su médico de familia y un plan de cuidados individualizado enfermero.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: pacientes mayores de 65 años, que cumplen criterios de anciano frágil, atendidos en consulta de enfermería entre junio de 2011 y junio de 2012.

Intervenciones: se analizan variables edad, sexo, indicación de diagnósticos enfermeros en historia clínica, plan de cuidados individualizados de enfermería, valoración de factores de riesgo de cadera y plan de medidas preventivas por médico de familia. Revisión de historias clínicas digitales. Análisis estadístico mediante SPSS 17.0.

Resultados: se analizaron un total de 218 pacientes, principalmente mujeres (74,8%), mayores de 80 años (72,1%). La edad media fue 83,67 años (DT 11,78). Se apreció que sólo 3,2% disponía de valoración médica de factores de riesgo de caídas frente a 65,1% por parte de enfermería. Sólo 2,3% de historias médicas reflejaba plan de medidas preventivas vs 58,3% en plan de cuidados de enfermería.

Conclusiones: el perfil de anciano frágil que atendemos corresponde a mujer mayor de 80 años. Destaca el bajo registro por parte del médico tanto de la existencia de factores de riesgo para caídas como de elaboración de un plan preventivo, frente a la alta implicación enfermera. La prevención primaria en AP es un reto, del que son responsables todos los profesionales sanitarios, siendo precisa la mayor colaboración médica en el registro e identificación.

Palabras Clave: Hips fractures (fracturas de cadera), Aged (anciano), Primary prevention (Prevención Primaria)

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Por qué acuden los ciudadanos a las urgencias hospitalarias y cuál es su modelo ideal de servicio?

Perán Urquizar CM^{a1}, Cortés Valverde A², García López E³, García Maturana A⁴, Jiménez Rodríguez F⁵, García Tirado M²

¹Médico Residente Medicina de Familia. CS Zaidín Sur. Granada

²Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia de Granada

³Médico Residente Medicina de Familia. CS La Chana. Granada

⁴Médico Residente Medicina de Familia. CS Huétor Tajar (Granada)

⁵Médico Residente Medicina de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

Título: ¿Por qué acuden los ciudadanos a las urgencias hospitalarias y cuál es su modelo ideal de servicio?

Objetivo: identificar cualidades que otorgan los usuarios a un servicio ideal de urgencias y su percepción del uso.

Diseño: descriptivo cualitativo.

Emplazamiento: multicéntrico. Dos servicios de urgencias hospitalarias (SUH) públicos urbanos.

Población y muestra: 99 usuarios de los SUH una vez que estaban de alta. La muestra presume de un nivel de confianza del 95%, precisión del 10% y un porcentaje esperado del 50%. El muestreo fue por conveniencia, seleccionando 2 semanas al azar del último semestre de 2012.

Intervenciones: los datos fueron recabados mediante entrevista personal en la que se plantearon unas preguntas abiertas sobre las cualidades que deben prestar los SUH y la opinión de la utilización de los mismos, con respuestas estratificadas. Se realizó una transcripción literal de las respuestas de los usuarios y posteriormente se codificó.

Resultados: el 57.6 % de usuarios fueron hombres. La edad media fue 52 años.

El 51,1% de los usuarios coincidieron en establecer la rapidez como cualidad principal de un SUH: "rápidos para casos realmente urgentes", representando el factor humano el 21,27%: "un buen servicio lo hacen las personas".

Los usuarios reflejaron como principal motivo de frecuentación la necesidad con un 26,3%: "porque no queda más remedio cuando uno está malo", un 23,15 % a tener más medios: "comodidad, me lo hacen todo" y un 13,7% por enfermedad grave: "porque estan mu malicos". Sólo el 4% identificó un mal uso de las urgencias: "Innecesario la mayoría".

Conclusiones: los usuarios anteponen una atención ágil al resto de cualidades registradas, sin menospreciar el concepto humanístico que establecieron como esencial. Los usuarios indican como factor determinante del uso de los SUH su estado de salud percibido como grave, o demandas que no pueden ser satisfechas por otros niveles asistenciales.

Palabras Clave: Hospital emergency service (Servicio de urgencias de hospital). Patient satisfaction (Relación médico-paciente), Communication (Comunicación).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Determinación de la necesidad del uso de un servicio de radiología en un centro de urgencias de Atención Primaria relacionado con deporte

Guiote Torres A¹, García García M²; Martín Granados M³; Ramos Navas Parejo J¹; Albendin García L⁴; Ferron García F⁶

¹Médico de Familia. CS La Caleta. Granada

²Enfermera. Consultorio de Sierra Nevada. Granada

³Técnico Radio Diagnóstico. Consultorio de Sierra Nevada. Granada

⁴Enfermero. CS La Chana. Granada

⁶Médico EPES. Granada

Título: Determinación de la necesidad del uso de un servicio de radiología en un centro de urgencias de Atención Primaria relacionado con deporte.

Objetivo: analizar la pertinencia del uso del servicio de radiología en un centro de urgencias de AP relacionado con deportes.

Diseño: estudio descriptivo de las radiografías realizadas a 2742 pacientes registrados durante 36 días, detallando "zona anatómica" y el hallazgo de lesiones.

Emplazamiento: Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) en un centro relacionado con deportes.

Población y muestra: pacientes registrados como radiografiados en el servicio de rayos.

Intervenciones: análisis de los pacientes y sus radiografías en el servicio de rayos.

Resultados

De los 2742 pacientes asistidos en el estudio, 953 (34.7%) necesitaron radiografías. Tenían alguna

lesión ósea 447 (46.9%) del total. La mayor incidencia de casos 362 fueron traumatismos en miembro superior. Sin embargo, las radiografías de hombro son las que más patología presentaban, un 63.9% de las mismas, seguidas de las de miembro superior, un 50.92% y miembro inferior con un 43.70% de lesiones. Por otro lado, el total de tórax fueron 49 con un 20.48% de patología, 51 de columna con un 40.42% de lesiones y de 30 de cráneo con un 28.57% de anomalías. Las proyecciones menos solicitadas son de lesiones abdomen un total de 4 de las cuales el 25% tenían lesión, seguidas de las de pelvis 20 con un 17.64% patológicas.

Conclusiones: nuestros resultados demuestran la necesidad y pertinencia de la radiología como prueba diagnóstica en nuestro DCCU, dado el alto porcentaje de usuarios a los que se les indica (34.7%) y el alto porcentaje de lesiones diagnosticadas con esta técnica (46,9 % de los radiografiados). El correcto diagnóstico incide en una mayor calidad en las actuaciones terapéuticas, indicaciones de derivación y capacidad de resolución de nuestro DCCU.

Palabras Clave: musculoskeletal abnormalities, radiology, snow sports.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Prescribimos correctamente los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP)?

Domínguez Continente S¹, Jaldón Noval C¹, García Simino Á¹, Perianes Granero J², Cuder Ambel A³, Rovira Rofa R³

¹Médico Residente 4º año Medicina de Familia. UGC Los Rosales. Huelva

²Médico de Familia. Hospital Río Tinto. Huelva

³Médico de Familia. UGC Los Rosales. Huelva

Título: ¿Prescribimos correctamente los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP)?

Objetivo:

Objetivo principal: evaluar si las prescripciones de IBP (profilácticas y terapéuticas) se realizan basándonos en las indicaciones.

Objetivo secundario: evaluar si están relacionadas con la edad y con el sexo.

Diseño: estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: UGC Los Rosales. Huelva.

Población y muestra: la población estudiada comprende los pacientes a los que se les prescribió un IBP por receta electrónica en 2011 con un total de 5068 pacientes. La muestra es 1206.

Intervenciones: utilizando la historia de salud digital o Diraya accedemos a la historia de cada uno de nuestros pacientes y analizamos en los problemas activos del usuario y en las hojas de consulta si la prescripción de IBP es correcta o incorrecta.

Resultados: los porcentajes encontrados fueron: incorrectas 54,1%, profilácticas 28%, Enfermedad por reflujo gastroesofágico 13,2%, úlcera gastroduodenal 4,5%, síndrome de Zollinger Ellison

0,1%. Basándonos en las incorrectas: 54,1% con un IC 95% (51,24%-56,86%).

En relación con el sexo 47,43% de las prescripciones de IBP se realizaron a hombres, de estos 54,5% eran incorrectas y 45,5% correctas. El resto de prescripciones 52,57% a mujeres, 53,6% eran incorrectas y 46,4% correctas. No hay diferencias estadísticamente significativas con $p=0.749$.

En relación con la edad se encontraron diferencias estadísticamente significativas con $p<0,001$. La media de las prescripciones correctas es 55,99 con IC 95% (54,73-57,26) y DT=15,16. La media de edad de prescripciones incorrectas es 61,68 con IC 95% (60,59-62,76) y DT=14,08.

Conclusiones: en el año 2011 más de la mitad de las prescripciones de IBP realizadas a través de receta electrónica en la UGC Los Rosales se realizaron de forma incorrecta.

Las prescripciones incorrectas de IBP no se relacionan con el sexo

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las prescripciones incorrectas de IBP y la edad.

Palabras Clave: Proton pump inhibitor (Inhibidores de la bomba de Protones), Indications of protons pump inhibitor (indicaciones de la bomba de protones), Rational drug use (Uso Racional del medicamento).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación del plan de mejora de la satisfacción de los usuarios de un centro de salud urbano

Gallo Vallejo F¹, Jiménez Pérez-Higuéras M², Méndez Montes S², Morales García A², Zafra Ceres A², García Tirado M³

¹Médico de Familia. CS Zaidín-Sur. Granada

²Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS Granada

³Técnico de Salud. Unidad Docente de Medicina de Familia de Granada

Título: Evaluación del plan de mejora de la satisfacción de los usuarios de un centro de salud (CS) urbano.

Objetivo: evaluar y analizar los indicadores de satisfacción del usuario peor valorados en la última encuesta del Sistema Andaluz de Salud (SAS) y la efectividad del plan de mejora. Identificar nuevos objetivos.

Diseño: estudio transversal y descriptivo.

Emplazamiento: CS Zaidín-Sur, Granada.

Población y muestra: 228 usuarios seleccionados aleatoria y sistemáticamente entre 27.301 adscritos a 19 cupos médicos.

Intervenciones: realización de una encuesta de satisfacción a usuarios, evaluando áreas de mejora identificadas en la última encuesta del SAS y objeto de un plan de mejora interno. Análisis de resultados. Propuesta de nuevas áreas de mejora.

Resultados: los ítems de respeto del médico/a, amabilidad, predisposición para escuchar problemas, eficacia, comprensión de la información,

tiempo y grado de intimidad en consulta han obtenido valores de satisfacción superiores al 88%, excepto la participación en la toma de decisiones (78,7%). El 9,3% está insatisfecho con la limpieza del Centro, señalando mayoritariamente los aseos. Al 21,6% no le resulta fácil realizar trámites administrativos. El 20,9% tiene dificultades para orientarse. El 68,8% está insatisfecho con el tiempo de espera hasta entrar en consulta.

Conclusiones: la satisfacción con el trato médico ha mejorado, manteniéndose por debajo de la media del Distrito Sanitario de Granada (DSG), excepto el tiempo en consulta, por encima, y la participación en la toma de decisiones y grado de intimidad en consulta, que han empeorado. La percepción de limpieza y facilidad para resolver trámites mejoran, pero siguen por debajo del DSG. El tiempo de espera hasta entrar en consulta es muy insatisfactorio, no siendo comparable al previo por diferencias metodológicas. Consideramos necesario seguir mejorando competencias en trato, información y participación del paciente.

Palabras Clave: Audit médico, encuesta satisfacción, Atención Primaria (Medical audit, satisfaction survey, primary care).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Utilidad de internet como herramienta para la comunicación médico-paciente en un centro de salud rural según la opinión de los usuarios

Perez y Pérez M^aL¹, Ortega Pérez M², Pedregal González M³, Mesa Gallardo I⁴, Mestraitua Vázquez A¹, Raya Martínez A⁵

¹Médico de Familia. CS Bollullos Par del Condado Huelva)

²Estudiante de Biotecnología de la UPO. Sevilla. Bocchum. Alemania

³Médico de familia. Técnico de Unidad Docente de Medicina de Familia de Huelva

⁴Médico de Familia. Responsable de Calidad e Investigación de la Unidad Docente de Distrito Condado Campiña (Huelva)

⁵Enfermera de Atención Primaria. CS Bollullos Par del Condado (Huelva)

Título: Utilidad de internet como herramienta para la comunicación médico-paciente en un centro de salud rural según la opinión de los usuarios.

Objetivo: principal: análisis descriptivo de la frecuencia de uso de internet y redes sociales en una zona rural. Secundarios: opinión que tienen los usuarios sobre la posibilidad de establecer una consulta por internet con su médico, conocer si se realizan búsquedas de información de salud en internet y credibilidad de éstas.

Diseño: descriptivo observacional.

Emplazamiento: Centro de Salud (CS) rural.

Población y muestra: población: 14.400 habitantes. Muestra: 303 encuestados (intervalo de confianza del 95%).

Intervenciones: confección de cuestionario individual, a una prueba de jueces y pilotaje, cumplimentado voluntariamente.

Resultados: edad media de los encuestados es de 42.17 años (DT14.43), (64.7% mujeres, 35.3% hombres). El 55.1% tiene estudios primarios, 8.3% sin estudios, 18.2% estudios universitarios, 18.5% formación profesional. El 58.9% muestran buen estado de salud. Disponen de ordenador el 82.2%. Usuario preferentes de internet: hijos 47.6% (encuestados 41.7%). Horas de internet/semana, ninguna 31.0%, alguna 69%. El 43.9% tiene perfil en redes sociales. Usan chat el 41.8% y mail el 75.4%. Han solicitado cita médica por internet el 60.3%. Realizan búsqueda en Salud por red el 40.9%. El 49.3% da bastante-absoluta credibilidad a las páginas de Salud. Consideran útil proporcionar información en salud en página web CS el 80.7%.

Conclusiones: perfil del posible usuario. Más del 75% les gustaría consultar a su médico por internet. El 40,9 % utiliza la red para informarse en salud, con bastante credibilidad.

Palabras Clave: Internet, physician-patient relationship, communication.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Valoración de resultados del proceso de diagnóstico precoz del cáncer de cérvix desde Atención Primaria

Romero Matas RM^a, Espina Rodríguez N, Álvarez Piña E, Luna Carretero M, Ávila García N, Borraz Espejo B

Médico Residente de Medicina de Familia. CS Colonia Santa Inés Teatinos. Málaga

Título: Valoración de resultados del proceso de diagnóstico precoz del cáncer de cérvix desde Atención Primaria.

Objetivo: evaluar el cribado oportunista y sus consecuencias mediante citologías realizadas en el proceso de DPCC desde 2008 a 2012.

Diseño: estudio descriptivo longitudinal.

Emplazamiento: centro de salud de un distrito sanitario urbano.

Población y muestra:

- Población de estudio: mujeres incluidas en el proceso DPCC.
- Tamaño muestral: la población de estudio la conforman 1788 mujeres las cuales se realizaron citologías entre los años 2008-2012. Seleccionamos una muestra de 372 pacientes mediante muestreo aleatorio sistemático.

Intervenciones: se accede a la historia de salud digital para recoger las variables de estudio: edad, número de citologías realizadas, periodicidad y resultados de las citologías.

Resultados:

- La edad media es de 45,5 años.

- En función al número de citologías realizadas las pacientes se distribuyen de la siguiente manera: una citología 52,7%, dos citologías 36,6%, tres citologías 8,8%, cuatro citologías 1,61%, cinco citologías 0,26%.

- Un 79% de las pacientes obtuvieron resultados de normalidad en las citologías realizadas.

- Los resultados de las citologías patológicas fueron: 6,25% ASCUS, 58,7% infección bacteriana o micótica y un 35% con sospecha de infección por VPH de los cuales un 53% obtuvieron confirmación del diagnóstico mediante PCR.

- Las pacientes con citologías realizadas durante dos años consecutivos fueron el 21%.

Conclusiones:

- Las pacientes con resultados de citología patológicos fueron el 21%.

- El 35% de las citologías patológicas correspondieron a infección por VPH confirmándose el diagnóstico en un 53% mediante PCR.

- Los resultados de la realización periódica de citologías son poco satisfactorios atendiendo a los criterios propuestos por el PAI de DPCC.

Palabras Clave: cáncer de cérvix (cervicovaginal/uterine cervical neoplasms), cribado (screening), citología (cervicovaginal cytology).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Valoración del registro en el proceso asis-tencial de EPOC

Álvarez Piña EM^a, Borraz Espejo B, Espina Rodríguez N, Luna Carretero M, Ayas Sánchez A, Ávila García N

Médico Residente de Medicina de Familia. CS Colonia Santa Inés Teatinos. Málaga

Título: Valoración del registro en el proceso asis-tencial de EPOC.

Objetivo:

- Evaluar el registro de pacientes con EPOC en el proceso asistencial integral (PAI).
- Comprobar el empleo de la escala Gold para clasificar la gravedad.
- Valorar el seguimiento de los pacientes revisando la realización de espirometrías anuales.
- Revisar al número de reagudizaciones anuales y a la medicación prescrita a estos pacientes.
- Comprobar el registro de hábito tabáquico.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra:

- Población: pacientes incluidos en el PAI EPOC.
- Muestra: 119 pacientes de los 14.934 adscritos al centro de salud.

Intervenciones: se accede a la historia de salud digital para recoger las variables: edad, clasificación Gold, seguimiento, tratamiento, reagudizaciones y hábito tabáquico.

Resultados:

- El 83% de los pacientes incluidos en el proceso EPOC están diagnosticados de esta enfermedad.

- La edad media de los pacientes es de 68,24 años.
- El 63% de los pacientes están clasificados con escala Gold: 24% leve, 40% moderado, 34% severo, 2% muy severo.

- Los pacientes con un adecuado seguimiento (con espirometrías anuales según los criterios del PAI) equivalen al 42%.

- Los pacientes que siguen un tratamiento específico de la enfermedad son el 63%. Atendiendo al grupo farmacológico que emplean: 90% emplea anticolinérgicos, 17% corticoides inhalados, 38% agonistas beta2, 57% combinados (beta2 + corticoide inhalado), 3% antileucotrienos, 1% inhibidores de fosfodiesterasa 4, 10% xantinas.

- Un 38% de los pacientes continúan fumando.

- Los pacientes que han padecido alguna reagudización en el último año son 48%.

Conclusiones:

- El registro de pacientes en este proceso es irregular pudiendo mejorarse para cumplir las normas de calidad del PAI.

- El 17% de los pacientes incluidos en el proceso no cumplen los criterios diagnósticos.

- Menos de la mitad de los pacientes con el diagnóstico de EPOC tienen un correcto seguimiento.

Palabras Clave: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic obstructive pulmonary disease), registro (registries), seguimiento (follow-up).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Pensamos en las complicaciones cardiovasculares de los pacientes diabéticos?

Fernández Gutiérrez B¹, Ranea Martín EV¹, Melgares Ruiz R², Rodríguez López E³, López Hernández P⁴, Fernández Ramos P⁵

¹Médico de familia. Centro de Salud Axarquía Oeste. Málaga

²Médico de familia. Centro de Salud Torrox. Málaga

³Médico de familia. Centro de Salud Torre del Mar. Málaga

⁴Médico de familia. Centro de Salud Nerja. Málaga

⁵Médico de familia. Centro de Salud Vélez Sur. Málaga

Título: ¿Pensamos en las complicaciones cardiovasculares de los pacientes diabéticos?

Objetivo: evaluar la realización de ECG y revisión del pie diabético en los pacientes diabéticos tipo 2.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Atención Primaria. Centros de salud rurales y urbanos.

Población y Muestra: mediante muestreo aleatorio simple se incluyeron 132 pacientes mayores de 35 años, asignados al proceso asistencial de diabetes diagnosticados de DM tipo 2 hace más de un año. Se recogieron además datos analíticos, clínicos y sociales. Análisis estadístico con la media y su desviación estándar para variables cuantitativas y con porcentajes para variables cualitativas. Se utilizó análisis multivariante para relacionar las variables. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Intervenciones: sesiones clínicas para incentivar a los compañeros al registro de los datos necesarios y al cumplimiento por tanto de los protocolos.

Resultados: la edad media fue 67.21 ± 8.2 años siendo el 58% mujeres y el 42% hombres. El 32% tenían registrado en su historia clínica al menos un resultado de ECG. El 74.3% de los pacientes son hipertensos, un 22% han realizado la revisión anual del pie diabético. El 18,45% tienen complicaciones tales como nefropatía, retinopatía o neuropatía diabética.

Conclusiones: la enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbilidad en los pacientes diabéticos. Según las últimas recomendaciones de la ADA debemos hacer un ECG cada 2 años a nuestros pacientes diabéticos para prevenir las complicaciones cardiovasculares. Un 74% de los pacientes del estudio son hipertensos con lo cual el riesgo cardiovascular es más elevado. El porcentaje de revisión del pie diabético es muy bajo, con las consecuencias que conlleva, por lo que es necesario un mejor control y prevención de las complicaciones.

Palabras Clave: diabetes mellitus (diabetes mellitus), electrocardiogram (electrocardiograma), primary care (Atención Primaria).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación longitudinal de la calidad de la atención prestada a pacientes con EPOC. Seguimiento de una cohorte

Ramírez Aliaga M¹, Acero Guasch N², Ramírez Aliaga M³, Cuenca del Moral R⁴, Ruíz Álvarez C⁵, Zarco Manjavacas J⁵

¹Médico de Familia. Málaga;

²Médica de Familia. Área de Salud Ibiza y Formentera

³Médico Residente Anestesiología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

⁴Médico de Familia. Distrito Sanitario Málaga

⁵Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

Título: Evaluación longitudinal de la calidad de la atención prestada a pacientes con EPOC. Seguimiento de una cohorte.

Objetivo: reevaluar la calidad de la atención prestada a pacientes con EPOC atendidos en un centro de salud.

Diseño: longitudinal, seguimiento desde 2004 a 2011.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: pacientes con EPOC atendidos en una consulta de Atención Primaria (n=60 2004, n=46 2005, n=41 2006, n=51 2007, n=56 en 2008, n=65 en 2009, n=68 en 2010, n=77 en 2011).

Intervenciones: ciclo evaluativo, evaluación longitudinal interna, tipo de datos de resultados intermedios y proceso asistencial. Criterios de calidad 1.- Realización de espirometría anual, 2.- Abandono del hábito de fumar, 3.- Realizar consejo antitabáquico en fumadores. 4- Evitar las reagudizaciones. Análisis de la mejora mediante comparación de Intervalos de Confianza. Nivel de significación 0.05.

Resultados: edad media en 2011 65.7±11.6 años. El 75.8% son hombres. Cumplimiento de criterios en determinaciones sucesivas:

1-Espirometría anual: 2004: 36% (12,1-22,9); 2005: 34,2% (21,1-48,5); 2006: 41,5% (26,4-56,5);

2007: 80.39% (69.5-91.29) (p<0.05); 2008: 66.07% (53.67-78.47); 2009: 44,61% (35,53-56,7); 2010: 80,88% (71,54-90,23) (p<0.05); 2011: 97.4% (93.58-101) (p<0.05). El FEV1 medio en 2011 es de 82.11±20.71.

2.- Fumadores activos: 2004: 45% (32.4-57.6); 2005: 58% (44.5-72.9); 2006: 55.3% (40.9-71.3); 2007: 47.06% (33.36-60.76); 2008: 48,21% (35,13-61,7); 2009: 50.8% (38.62-62.92); 2010: 47.03 % (35.2-58.92); 2011: 57.14% (46.09-68.2).

3.- Intervención antitabaco: 2004: 60% (47.6-72.4); 2005: 57% (42.2-70.8); 2006: 57.1% (43.4-73.6); 2007: 78.94% (60.62-97.28); 2008: 92.58% (82.71-100); 2009: 78.78% (64.84-92.74); 2010: 87.5% (76.04-98.96); 2011: 77.27% (64.87-89.66).

4.- Reagudizaciones: 2009: 41.07% (28.19-53.96); 2010: 30.88% (19.9-41.86); 2011: 24.68% (15.05-34.3).

La medida correctora que ha producido cambios significativos: consulta programada con realización de espirometría.

Conclusiones: la realización de espirometrías mejora con consultas resolutorias. Es necesario dirigir las intervenciones al abandono del hábito de fumar y la reducción de las reagudizaciones.

Palabras Clave: copd, primary care, quality assurance.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Revisión de documentos de consentimiento informado en un centro de Atención Primaria

Ramos Lozano M¹, Fernández Gámez M¹, Rubio García A², Urbanska M², López Fernández V²

¹Médico de Familia. CS Miraflores de los Ángeles. Málaga

²Médico Residente. CS Miraflores de los Ángeles. Málaga

Título: Revisión de documentos de consentimiento informado en un centro de Atención Primaria.

Objetivo: detectar y mejorar las carencias en los formularios de los consentimientos informados en un centro de salud urbano.

Diseño: descriptivo.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: consentimientos informados de pacientes sometidos a procedimientos que requerían dicho documento.

Intervenciones: revisión de documentos de consentimiento informado, que se encuentran custodiados bajo llave por el responsable de éstos, recogidos en el año 2011 en el centro de salud comprobando el correcto cumplimiento de los criterios observados.

Resultados: n= 303 consentimientos revisados, con un nivel de significación de 0,05, consta: centro de salud 60,73% (0,55-0,66); apellidos y nombre del paciente en un 94,72% (0,92-0,97), DNI paciente 81,51% (0,79-0,84), apellidos y nombre del profesional 91,09% (0,88-0,94), firma del profesional 91,42% (0,90-0,93), fecha de entrega del consentimiento informado 87,13% (0,83-0,91), firma paciente 98,02% (0,96-0,99), municipio 77,23% (0,72-0,83), fecha de la intervención 89,11% (0,86-0,93), declaración de dar consentimiento 76,57% (0,72-0,81) registro en Diraya 97,36% (0,95-0,99).

Conclusiones: se objetivan deficiencias a la hora de aplicar el consentimiento informado, no se recoge ningún consentimiento de procedimientos de enfermería, todo ello podría tener consecuencias en ámbito sanitario y legal.

Palabras Clave: consent forms, personal autonomy, primary care.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Análisis descriptivo de las lesiones de rodilla en un centro de urgencias extrahospitalarias asociado a deportes de montaña

Morales Rincón SF¹, Aguilera Sánchez A¹, Albendín García L², Fernández Isla L¹, Vasco Roa T¹, Cabrera Rodríguez C³

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS La Caleta. Granada

²Enfermero. CS La Chana. Granada

³Médico de Familia. CS La Caleta. Granada

Título: Análisis descriptivo de las lesiones de rodilla en un centro de urgencias extrahospitalarias asociado a deportes de montaña.

Objetivo: realizar una descripción básica de los esguinces de rodilla en pacientes de un consultorio relacionado con actividades deportivas. Valorar ligamentos lesionados y asistencia prestada.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo de la actividad asistencial durante 6 días de invierno.

Emplazamiento: consultorio rural relacionado con actividad deportiva.

Población y muestra: usuarios con lesión de ligamentos rotulianos registrados en sistema informático durante seis días de actividad asistencial, n=28. Variables: edad, género, esguinces rotulianos (ligamento lateral interno (LLI), ligamento lateral externo (LLE), ligamento cruzado anterior (LCA), ligamento cruzado posterior (LCP), menisco, lesiones asociadas), prueba complementaria (radiografía), tratamiento (consejo/oral, vendaje, férula), derivación (domicilio, Médico de Familia (MF), hospital, mutua).

Intervenciones: descripción de frecuencias de las variables y datos demográficos.

Resultados: N=28, 12 Masculinos, 16 Femeninos; edad media 28,03; por ligamentos rotulianos lesionados: LLI=57,1%; LLE=7,1%; LCA=39,3%; LCP=0%, menisco=21,4%, lesiones asociadas=21,4%; 14,3% se les realizó radiografía; por tratamiento: consejo/oral=92,9%; vendaje=89,3%; férula=10,7%; por derivación: domicilio=21,4%; MF=57,1%; hospital=17,9%; un paciente se derivó a mutua.

Conclusiones: predominio de lesiones del LLI, siendo también importantes las de LCA, meniscales y asociadas, con muy baja frecuencia del LCP. La mayoría de pacientes sólo preciso tratamiento oral o venda. En cuanto a derivación generalmente es a domicilio o MF y sólo un pequeño porcentaje requirió traslado hospitalario. Se pueden derivar futuros proyectos de los datos obtenidos.

Palabras Clave: musculoskeletal abnormalities (C05.660) (anormalidades musculoesqueléticas), knee (A01.378.610.450) (rodilla), snow sports (I 03.450.642.845.787) (deportes de montaña)

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Existencia de la categoría de médicos de familia en centros de transfusión

Rodríguez Cuadros TB¹, López Martín R², López Martín I³, López Berrio A⁴

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS La Cañada. Almería

²Médico Residente de Anestesiología. Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería

³DUE. Universidad de Almería

⁴Médico. Centro Regional Transfusión Sanguínea. Granada

Título: Existencia de la categoría de médicos de familia en centros de transfusión.

Objetivo: en el ámbito de la transfusión, el papel del médico de colectas está poco claro; hemos realizado una revisión de la legislación vigente y de los protocolos de centros de transfusión (CTS) para definir su perfil y funciones.

Diseño: revisión y análisis sobre la documentación relativa al perfil y funciones de médico de familia en CTS.

Emplazamiento: CTS.

Población y Muestra: CTS.

Intervenciones:

- 1) Legislación europea:
 - a) Directiva 2002/98/CE
 - b) Directiva 2004/33/CE
- 2) Legislación española:
 - a) Real Decreto 1088/2005
 - b) Real Decreto 1343/2007
 - c) BOJA nº151 de 30/07/2008

Resultados: en toda la legislación revisada se especifica claramente la necesidad de personal con la cualificación necesaria y la formación oportuna para desarrollar las funciones de: selección, reconocimiento, atención y resolución de eventualidades que se puedan dar en la extracción, así como las notificaciones correspondientes sobre incidencias. Por esta razón, es copartícipe en la calidad del producto obtenido.

En la comunidad autónoma de Andalucía, desde el 30/07/2008 está reconocida la categoría de médico de familia en CTS.

Las funciones que les corresponde en los CTS son mucho más diversas.

- 1) En el CTS responsable de:
 - . Procesos de hemaferesis (sangre, plasma, plaquetas, células precursoras).
 - . Medicación de urgencias.
 - . Personal de extracciones.
 - . Programas de promoción y formación.
- 2) En colectas:
 - . Gestión de la colecta (medios, localización, personal).
 - . Toma de decisiones ante posibles contingencias.
 - . Relación con los miembros de la asociación local de donantes.
 - . Responsable de la colecta ante autoridades y medios de comunicación.

Conclusiones:

1) Tanto la legislación vigente (Europea, Nacional y Autonómica), como los procedimientos de los CTS de Andalucía, el papel que desempeña el médico de familia queda perfectamente definido.

2) El perfil del médico de familia en CTS es complejo:

- a) Precisa de formación complementaria en hematología y transfusión.
- b) Se le exige conocimientos de gestión y marketing.
- c) Conocimientos de los Sistemas de Calidad por lo que se controla la donación-transfusión.

Palabras Clave: centro de transfusión sanguínea, legislación, médico de familia.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Entrevista clínica pre donación: una herramienta para el despistaje de grupos de riesgo

Rodríguez Cuadros TB¹, López Martín I², López Martín R³, López Berrio A⁴

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS La Cañada. Almería

²DUE. Universidad de Almería

³Médico Residente de Anestesiología. Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería

⁴Médico. Centro Regional Transfusión Sanguínea. Granada

Título: Entrevista clínica pre donación: una herramienta para el despistaje de grupos de riesgo.

Objetivo: sistmática de entrevista predonación que permita identificar prácticas de riessgo en posibles donadntes, sin que el donante perciba agresión a su pertenencia a grupos sociales sensibles a la discriminación.

Diseño: descriptivo, prospectivo.

Emplazamiento: centros de Transfusión Sanguínea (CTS)

Población y muestra: 370 donantes, varones, >18 años. Recogidos del 01/11/2012-19/02/2012.

Intervenciones: se realiza la entrevista clínica en un mismo lugar, bajo las mismas condiciones ambientales (intalaciones CTS).

Se les realiza las siguientes preguntas:

- 1- ¿Se ha drogado utilizando la vía intravenosa?
- 2- ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales remuneradas?
- 3- ¿Ha tenido relaciones sexuales con 1 pareja ocasional sin protección en los últimos 3 meses?
- 4- ¿Y con dos o más parejas con o sin protección?

Estas preguntas se encuentran expuestas en un display colocado en la puerta de entrada, que hace inevitable su lectura antes de entrar a la entrevista. Las entrevistas las hace el mismo entrevistador.

Resultados: de 370 donantes:

a) La pregunta 1: contestaron todos: NO.

b) La pregunta 2: 3 personas con donación anterior respondieron SÍ, sin haberlo comentado en donaciones anteriores.

c) La pregunta 3: responden afirmativamente 19, de los cuales 10 eran heterosexuales, que aunque no habían utilizado protección, la pareja no les ofrecía ninguna duda de riesgo en la relación. 6 heterosexuales no pueden afirmar que la pareja no tuviera algún riesgo. 3 son homosexuales hombres, 1 donante anterior.

d) La pregunta 4: 7 personas responden afirmativamente. Ninguna percibía riesgo en su relación. 6 heterosexuales, 1 homosexual hombre.

Conclusiones:

1) La utilización de display informativos con las preguntas que queremos indicir relajan la posible percepción inquisidora del entrevistador.

2) La realización de la pregunta permite, el análisis profundode cuestiones íntimas de prácticas de riesgo, que aydarán a la toma de decisión por parte del entrevistador.

3) La recepción de las preguntas por parte del médico de familia entrevistador hace que se descargue de contenido emocional, siendo percibidas por el donante como necesarias.

Palabras Clave: entrevista, donación, riesgo.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Patología psiquiátrica de base bajo cuadros de crisis de ansiedad

Egea Aldana F, Revolo Sánchez M, Fernández Natera A, Fernández García G

Médico de Familia. UGC Clínica Cádiz - San Fernando

Título: Patología psiquiátrica de base bajo cuadros de crisis de ansiedad.

Objetivo:

- Conocer la distribución por sexo de la población atendida con cuadro ansioso.
- Identificar la patología psiquiátrica de base en los pacientes atendidos bajo el motivo de consulta de una crisis de ansiedad.
- Conocer la adherencia al tratamiento de su enfermedad.
- Determinar el destino del paciente a su salida del centro.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: unidad de cuidados críticos y urgencias urbana.

Población y muestra: tamaño muestral 141 pacientes, atendidos por nerviosismo o crisis de ansiedad durante el periodo del 1 de enero al 31 de marzo de 2012.

Intervenciones: revisión historias clínicas en Diraya.

Resultados: el 68,10% fueron mujeres. De los cuales el 78,72% presentaban diagnóstico de trastorno ansioso de base, el 18,43% de síndrome depresivo y el 2,84% de somatización.

El 65,25% no tenían una buena adherencia al tratamiento pautado, y el 61,7% fueron derivados a su médico de familia y un 34,75% a su domicilio.

Conclusiones: acuden con más frecuencia mujeres. La mayoría presentaban de base un trastorno ansioso, no se debe olvidar otras patologías que también cursan con este cuadro, como el síndrome depresivo.

Quizás la falta de adherencia al tratamiento motive la necesidad de acudir al centro por cuadros ansiosos y sea necesaria la revisión del cumplimiento del mismo por todos los profesionales implicados.

Las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias resuelven este cuadro derivando a su médico de familia para control y revisión y un porcentaje considerable son resueltos en el mismo centro.

Palabras Clave: Anxiety (ansiedad), primary health care (Atención Primaria), Emergency Outpatient Unit (urgencias extrahospitalaria).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Betabloqueantes más EPOC: es una realidad

Cárdenas González J¹, González Rodríguez A²

¹Enfermero. UGC Cruz de Humilladero. Málaga

²Médico. UGC Churriana. Málaga

Título: Betabloqueantes más EPOC: es una realidad.

Objetivo: proporción de estos fármacos, por la posibilidad de poder producir efectos adversos sobre el SNC, depresión respiratoria y exacerbar la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

Beta bloqueantes, administrados por vía oral u oftálmica.

Uso más racional de medicamentos y una mayor seguridad para el paciente, basándonos en los criterios de Beers).

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: población incluida en proceso EPOC: n= 346.

Se excluyeron todos los pacientes diagnosticados de EPOC institucionalizados.

Análisis estadístico mediante programa SSPS 15.0

Intervenciones: ninguna intervención.

Resultados: destacan la mayoría son hombres (89,8%) con una minoría de pacientes mujeres (10,1%).

En la prescripción de betabloqueantes en estos pacientes los resultados son:

Por vía oral: 6,06%, encabezado por Atenolol (14%), seguido por Bisoprolol y Propanolol.

Por vía oftálmica: 4,6% de la totalidad, destacando el Latanoprostot (12 %) seguido por Timolol y Carteolol.

Conclusiones: respecto al uso de betabloqueantes en estos pacientes, destacar que hay que revisar la prescripción de colirios, ya que sus efectos secundarios son iguales a los de vía oral y su intoxicación es más frecuente, debido a la dificultad de controlar la cantidad de instilación de los mismos de las personas mayores.

Palabras Clave: betabloqueantes, efectos secundarios, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Asistencia en un punto de urgencias extrahospitalaria de niños con fiebre

Egea Aldana F, Fernández García G, Fernández Natera A, Revolo Sánchez M

Médico de Familia. UGC Cádiz - San Fernando

Título: Asistencia en un punto de urgencias extrahospitalaria de niños con fiebre.

Objetivo:

-Conocer la edad media y sexo de los niños atendidos con cuadro febril.

-Identificar el tiempo de evolución desde la percepción de la fiebre y la llegada a consulta.

-Objetivar el estado general del niño a su llegada (escala de Yale).

-Identificar el destino del paciente a su alta de nuestro centro.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: unidad de cuidados críticos y urgencias urbana.

Población y muestra: tamaño muestral de 121 niños menores de 7 años atendidos entre el 1 de Enero a 31 de mayo de 2012, obtenidos de forma aleatoria entre los niños que acudieron a consulta por fiebre.

Intervenciones: revisión historias clínicas en Diraya.

Resultados:

-El 47,11% tenían una edad entre los 3 y 36 meses.

-El 52,07% fueron niñas.

-El 96,7% presentó una evolución del cuadro febril interior a 24 horas.

-El 90,91% obtuvo un Yale menor de 10 puntos.

-El 96,7% fueron derivados a su pediatra de Atención Primaria para revisión.

Conclusiones: es mayoritaria la asistencia de niños con un cuadro febril de menos de 24 horas de evolución y buen estado general a su llegada, constatándose la premura de los padres en la demanda asistencial.

Esta precipitación en consulta bien podría deberse a una falta de educación sanitaria para el control de la fiebre leve en sus primeras horas, o bien en la dificultad para acceder a una consulta de urgencias con su pediatra.

En un porcentaje muy elevado los médicos de familia de los puntos de urgencias extrahospitalaria resuelven este proceso si necesidad de derivación a hospital.

Palabras Clave: Emergency Outpatient Unit (urgencias extrahospitalaria), Children (niños) Fever (fiebre), Hospital Referrals (derivación a hospitales).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Prescripción de fármacos antihipertensivos en monoterapia y doble terapia

García Paine JP¹, Paz Galiana J¹, Calleja Cartón L¹, Castillo Trillo B¹, Pérez Enriquez I¹, Santa Cruz Talledo J²

¹Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS El Palo. Málaga

²Médico de Familia. CS El Palo. Málaga

Título: Prescripción de fármacos antihipertensivos en monoterapia y doble terapia.

Objetivo: describir la prescripción de antihipertensivos en nuestros pacientes y su indicación según las guías de práctica clínica.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano, con 2 consultorios rurales.

Población y muestra: prescripciones de antihipertensivos realizadas en los últimos 2 meses (abril-mayo 2012) en pacientes tratados con terapia simple o con doble.

Intervenciones: se evalúa las prescripciones según las indicaciones de las principales guías de práctica clínica. Conocer los grupos farmacológicos más frecuentemente usados y sus moléculas más prescritas.

Resultados: 2049 pacientes tratados en monoterapia, de los cuales el 36,6% (749) están tratados con IECAS, 22% (451) con ARA-II, 13% (266) con sulfonamidas, 12,2% (249) con beta-bloqueantes, 6,3% (130) con dihidropiridinas, 3% (61) con tiazidas. Se han prescrito 44 moléculas diferentes en monoterapia siendo la más prescrita el enalapril con un 31,6% (647) seguido de bisoprolol y losartan con 6,1% y 6% respectivamente. En terapia combinada con 2 fármacos, tras analizar a 2148

pacientes, nos encontramos con 294 combinaciones de 2 moléculas. La más frecuente es enalapril/hidroclorotiazida con un 3,5% (76) seguida de enalapril/bisoprolol 3,4% (72), enalapril/furosemida 3% (64), enalapril/amlodipino 2,9% (62), enalapril/torasemida 2,8% (60), enalapril/indapamida 2,5%(54), enalapril/clortalidona 2%(44). Tenemos 1755 pacientes con terapia combinada en una sola prescripción con 35 combinaciones diferentes, de la cual la más usada en la combinación de enalapril/hidroclorotiazida con un 28,6% (502), losartan/hidroclorotiazida 11,7% (205), valsartan/hidroclorotiazida 9,9% (173). El 82,6% de las prescripciones de terapia combinada en un solo fármaco contiene hidroclorotiazida con uno de los 2 fármacos.

Conclusiones: cuando se trata de monoterapia el ajuste a las GPC es mayor que cuando se trata de biterapia. Parece que el porcentaje de utilización de ARAII no se ve justificado, teóricamente tan solo producen tos en un 10% de los pacientes por lo q debería haber 9 de cada 10 pacientes en tratamiento con IECA/ARA-II, proporción que no hemos encontrado en nuestro estudio. En terapia combinada con 2 fármacos existe gran variabilidad en cuanto a combinación de moléculas siendo el enalapril/hidroclorotiazida la más frecuente tanto en asociación con 2 prescripciones como en una sola prescripción.

Palabras Clave: hipertensión (hypertension), fármacos (drugs).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Actividades preventivas del consumo de alcohol en población adolescente: enfoque desde urgencias extrahospitalarias

Cabello Orozco C¹, Foncubierta Boj G², Rodríguez Martínez M³, Fernández del Barrio M⁴

¹Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS La Granja-Dr. Manuel Blanco. Cádiz

²Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS San Benito. Cádiz

³Unidad de Gestión DCCU Distrito Jerez-Costa Noroeste

⁴Dirección de salud del Distrito Sanitario Jerez Costa Noroeste

Título: Actividades preventivas del consumo de alcohol en población adolescente: enfoque desde urgencias extrahospitalarias.

Objetivo: analizar la prevalencia de consumo de alcohol y otros tóxicos en población adolescente. Adecuar la promoción de salud desde los dispositivos de apoyo de Atención Primaria.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: alumnos de 2º ESO de un centro educativo de la zona básica. Dispositivo de Apoyo de Atención Primaria.

Población y muestra: variables: indicadores de consumo: edad de inicio, frecuencia, tipo de bebidas, cuándo consumen, intoxicación etílica.

Consumo de tabaco y otros tóxicos

Intervenciones: valoración de hábitos de consumo mediante encuesta propia, anónima, previa autorización de padres/tutores.

Charlas educativas sobre las consecuencias inmediatas del abuso y testimonio de una afectada con secuelas por conductor ebrio.

Resultados: del total de 21 alumnos encuestados, el 47.6% inició consumo con 14 años, el 23.8% con 13 años, el 9.5% a los 15 y 16 años respecti-

vamente, el 1% con 12 años; el 1% no contesta. Un 82.6% consume alcohol actualmente. El 65.6% toma bebidas alcohólicas destiladas frente al 34.3% que consume cerveza.

Un 90% consume los fines de semana y el 70% se ha emborrachado alguna vez. El 80% afirma haber tenido problemas con el alcohol Un 52.1% fuma, el 65.2% consume otras sustancias.

Conclusiones:

- Casi la mitad de los participantes consumieron por primera vez alcohol a edad muy temprana.
- El perfil de consumo es de fin de semana y bebidas de alta gradación.
- La mayoría de los jóvenes han tenido consecuencias por intoxicación
- Enfocar la prevención, desde las consecuencias inmediatas, aproxima a la realidad del consumo excesivo de alcohol.
- La participación de residentes de MFyC en la actividad, mejora sus habilidades en promoción de salud.

Palabras Clave: Emergencias (emergencias), General Practice (Medicina Familiar y Comunitaria), Alcohol Abuse (intoxicación alcohólica).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Seguimos sin anticoagular en fibrilación auricular?

Zambrano Quevedo F¹, Sánchez Ramos M¹, Niévas López S², López-Soler Belda L¹, Campos Santos P¹

¹Médico de Familia. Distrito Metropolitano. Granada

²Enfermera. Hospital Santa Ana de Motril (Granada)

Título: ¿Seguimos sin anticoagular en fibrilación auricular?

Objetivo: conocer la prevalencia tanto de fibrilación auricular (fa) como de anti coagulación en fa en la población atendida en el servicio de urgencias de nuestra zona básica de salud.

Diseño: estudio epidemiológico retrospectivo descriptivo.

Emplazamiento: unidad de urgencias externas de Atención Primaria de la zona básica de salud rural-semiurbana.

Población y muestra: en el servicio de urgencias de Atención Primaria se realizan unas 16.000 asistencias al año, de una población susceptible de 25.000 habitantes dispersos en una zona rural con varios núcleos de población urbana. Se seleccionaron pacientes de 40 años o más atendidos desde junio a diciembre de 2011 en este servicio de urgencias externas. En total se seleccionaron 247 pacientes siguiendo una distribución al azar.

Intervenciones: se hizo una revisión de las historias clínicas analizando la presencia de fa y si estaban anticoagulados o no, además de factores de riesgo cardiovascular (hta, hiperlipemia,

diabetes, tabaco, obesidad y antecedentes de patología cardiovascular isquémica).

Resultados: el 45% de los pacientes diagnosticados de fibrilación auricular son mujeres y el 54,5% hombres, la edad media es 79,82 años (desviación típica 9,347), el 100% están diagnosticados de hipertensión, estando el 9,1% diagnosticados de diabetes y el 63,6% de hiperlipemia, el 18,2% presentan obesidad y el 9,1% son fumadores. Presentan antecedentes de cardiopatía isquémica el 54,5%. El 72,7% de estan anticoagulados y el 27,3 % restante antiagregados.

Conclusiones: la prevalencia de fibrilación auricular encontrada es algo superior a lo esperado según otros estudios, la anti coagulación es la práctica más extendida en estos pacientes.

Observamos como en las historias de estos pacientes no están claramente reflejados los criterios por los que no están anticoagulados, suponemos que existen muchos otros factores a tener en cuenta en cada paciente que se escapan a la simple puntuación en escala (has-bleed) como por otra parte ocurre con frecuencia en la práctica clínica.

Palabras Clave: fibrilación auricular, anticoagulación, prevalencia.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Nonagenarixos y psicotrónicos: ¿uso o abuso?

Jaldón Noval C¹, Domínguez Continente S¹, Perianes Granero J², García Simino A¹, Pietrosanto T³, Rovira Rofa R⁴

¹Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS Los Rosales. Huelva

²Médico Familia. Hospital Río Tinto. Huelva

³Médico Residente 1º año Medicina de Familia. CS Los Rosales. Huelva

⁴Médico de Familia. CS Los Rosales. Huelva

Título: Nonagenarixos y psicotrónicos: ¿uso o abuso?

Objetivo:

1.- Describir la prevalencia del uso de antidepresivos y ansiolíticos en mayores de 90 años.

2.-Determinar la relación entre la toma de ansiolíticos y antidepresivos con el sexo, las caídas, la polimedicación y la inmovilidad.

3.-Determinar si existe relación de la edad con la toma de dichos psicotrónicos.

Diseño: estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: UGC Los Rosales. Huelva.

Población y muestra: todos los pacientes con una edad igual o superior a 90 años de la UGC Los Rosales (un total de 91 pacientes).

Intervenciones: por medio de la historia de salud digital o Diraya, accedemos a los pacientes que forman la muestra del estudio, analizando la medicación y problemas del usuario.

Resultados: toman antidepresivos 11 personas de un total de 76 (14%), IC 95% (7,85-23,7); y ansiolíticos 33 de 76 (43%), IC 95% (32,63-54,71).

Un 73% de los que toman ansiolíticos está polimedicado y un 49% de los que no lo toman lo está (p=0,036).

Un 21% de los que toman ansiolíticos ha sufrido caídas en los últimos 5 años, sin embargo, un 46% de los que no lo toman ha sufrido caída (p=0,022).

Ningún hombre toma antidepresivos, un 19% de las mujeres lo toman (p=0,038).

El 91% de los que toman antidepresivos está polimedicado, sólo un 54% de los que no lo toman lo está (p=0,021).

Existe una relación al borde de la significación estadística entre: toma de antidepresivos e inmovilización (p=0,058); toma de ansiolíticos y sexo (p=0,082).

Conclusiones:

1.-Casi la mitad de nonagenarios toman ansiolíticos, sólo una minoría realiza tratamiento con antidepresivos.

2.-Las mujeres toman más antidepresivos que los hombres.

-La mayoría de pacientes que toman psicotrónicos están polimedicados.

-Una minoría de pacientes que toman ansiolíticos ha sufrido alguna caída en los últimos 5 años.

3.- La media de edad de pacientes estudiados que toman estos tratamientos es de 92 años.

Palabras Clave: Nonagenarians (nonagenarios), psychotropic (psicótropo), anxiolytic (ansiolítico), antidepressant (antidepresivo).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Escenario de los nuevos anticoagulantes orales en el tratamiento de la fibrilación auricular en Atención Primaria

Granados López B¹, Páez Sánchez L¹, Castillo Ortiz J², Porcel Ruiz J³, Rivera Moya A⁴

¹Médico Residente Medicina de Familia. CS La Merced. Cádiz

²Médico Residente Cardiología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

³Médico Residente Medicina de Familia. Área 3 SMS. Murcia

⁴Médico Residente Medicina de Familia. CS Plaza de Toros. Almería

Título: Escenario de los nuevos anticoagulantes orales en el tratamiento de la fibrilación auricular en Atención Primaria.

Objetivo: analizar que pacientes con fibrilación auricular (FA) y en tratamiento con acenocumarol se beneficiarían de un tratamiento con los nuevos anticoagulantes orales (Dabigatran y Ribaroxaban).

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: se seleccionaron todos los pacientes anticoagulados con acenocumarol de un centro de salud (n=79).

Intervenciones: se realizó una revisión de las historias clínicas de dichos pacientes, recogiendo información sobre las indicaciones y contraindicaciones de los nuevos anticoagulantes orales, y se analizaron los datos mediante el paquete estadístico SPSS v17.0.

Resultados: un 73,4% de pacientes anticoagulados con acenocumarol presentaban FA, siendo éste el

único motivo de anticoagulación en la mayoría de los casos (78%), y apareciendo asociada a prótesis valvular mecánica o tromboembolismo pulmonar en un 19% y en un 3% de los casos respectivamente. Del total de pacientes que presentaban FA aislada, todos ellos mayores de 18 años, algo más de la cuarta parte (27%) presentaban algún tipo de valvulopatía y ninguno tenía cifras de filtrado glomerular inferior a 15 ml/min, lo que permitió identificar un alto porcentaje de pacientes (73%) en los que se podría sustituir el acenocumarol por uno de estos anticoagulantes. Si se consideraba el total de pacientes anticoagulados con FA, más de la mitad de los casos (53%) se beneficiarían de la terapia con un nuevo anticoagulante, sin presentar contraindicaciones para ello.

Conclusiones: casi el 75% de los pacientes con FA no valvular, en tratamiento con acenocumarol, son subsidiarios de terapia con los nuevos anticoagulantes orales, los cuales, han demostrado una eficacia al menos no inferior al acenocumarol, con menores tasas de sangrado.

Palabras Clave: Atrial Fibrillation, Anticoagulants, Dabigatran, Rivaroxaban, medical assistance.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Creencias, vivencias y expectativas de los usuarios del sistema sanitario público andaluz (SSPA) en zonas urbanas y rurales: una aproximación cualitativa

Pérez Milena A¹, Ramos Ruiz J², Enguix Martínez N³, Álvarez Nieto C⁴, Martínez Fernández M⁵, Juárez Jiménez M⁶

¹Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

²Médico de Familia. CS Orcera. Jaén

³Licenciada en Sociología

⁴Profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén

⁵Licenciada en Historia

⁶Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

Título: Creencias, vivencias y expectativas de los usuarios del sistema sanitario público andaluz (SSPA) en zonas urbanas y rurales: una aproximación cualitativa.

Objetivo: conocer las opiniones, vivencias y necesidades sentidas por los usuarios del SSPA según la zona urbana/rural donde vivan.

Diseño: estudio cualitativo con método interpretativo mediante entrevista.

Emplazamiento: una zona básica de salud urbana y seis rurales (<1000 habitantes).

Población y muestra: muestreo intencional de usuarios adscritos a los centros de salud por el personal sanitario/no sanitario. Criterios homogeneidad: edad. Criterios de heterogeneidad: sexo, frecuentación sanitaria, patologías crónicas, nivel socioeconómico.

Intervenciones: entrevistas grupales a usuarios (grupo de discusión) e individuales a líderes sociales (60-90 minutos), videograbadas y moderadas por una socióloga. Guión inicial consensuado con entrevistas abiertas que permiten temas emergentes. Transcripción literal de las entrevistas y análisis de contenido: codificación, triangulación de categorías, obtención/verificación de resultados (programa Nudist).

Resultados: 7 grupos en zona urbana (43 usuarios) y 6 líderes; 8 grupos rurales (73 usuarios) con 8 líderes. Se desea la CONTINUIDAD de atención por los mismos profesionales, criticando cambios de cupo obligatorios (zona urbana) y excesivas rotaciones sin información en las aldeas. La atención hospitalaria es discontinua. La ACCESIBILIDAD disminuye por barreras arquitectónicas viales en ciudad, y consultas no diarias, distancias largas con dificultades con ambulancias y falta de especialidades hospitalarias en pueblos. La PROFESIONALIDAD en Atención Primaria significa cercanía/calidez/continuidad; en el Hospital, capacidad técnica. Se critica la falta de relación interniveles y la discontinuidad de la información. Falta de liderazgo para la ORGANIZACIÓN del sistema sanitario, con gran desorden en Urgencias Hospitalarias (zona urbana) e incomodidad hostelera en los ingresos. Se desconocen CARTERA DE SERVICIOS, coste de los servicios recibidos y derechos/deberes; escaso uso de receta XXI y Salud Responde en zona rural.

Conclusiones: las opiniones de los usuarios son el primer paso para una participación comunitaria eficaz, debiendo ser incorporadas al SSPA para mejorar la calidad asistencial.

Palabras Clave: Health System (sistema sanitario), Qualitative Study (estudio cualitativo), Community Health Planning (Planificación en Salud Comunitaria), Community Medicine (Medicina Comunitaria).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿De verdad nuestras pacientes tienen niveles bajos de vitamina D?

Lara Oterino J¹, Zambrano Quevedo F¹, Niévas López S²

¹Médico de Familia. UGC Peligros (Granada)

²Enfermera. Hospital Santa Ana. Motril (Granada)

Título: ¿De verdad nuestras pacientes tienen niveles bajos de vitamina D?

Objetivo: valorar en nuestra población si como dicen muchos estudios al respecto la población presenta niveles bajos de vitamina D a pesar de ser nuestra comunidad autónoma una zona de alta exposición solar.

Diseño: estudio epidemiológico descriptivo.

Emplazamiento: el estudio se ha llevado a cabo en mujeres postmenopáusicas de la consulta de Atención Primaria.

Población y muestra: de un consultorio de zona periurbana con un cupo aproximado de 1250 personas donde aproximadamente el 53.5% corresponde a población femenina se valoraron mujeres postmenopáusicas sin diferenciar si estaban en tratamiento o no para la osteoporosis. En total se realizó una analítica de vitamina D a 50 mujeres postmenopáusicas en los meses de marzo a mayo de 2012.

Intervenciones: del total de 50 mujeres postmenopáusicas a las que se le realizó la determina-

ción de vitamina D solo 40 fueron recabadas para el estudio (las restantes no acudieron al estudio o estaban en tratamiento con vitamina D exógena). Las muestras de sangre fueron remitidas al laboratorio de nuestro hospital de referencia contemplándose como niveles normales poblacionales el rango entre 20 y 75 ng/ml.

Resultados: la media de vitamina D (25 OH vitamina D) en la muestra de 40 mujeres es de 20,575 ng/ml con una desviación típica de 14,96301. El valor mínimo analizado fue de 7,00 ng/ml y el máximo de 103,00 ng/ml. La edad media poblacional fue de 59,16 años con una desviación típica de 10,560 y un rango de edad que abarcó desde los 34 a los 87 años de edad.

Conclusiones: los niveles de 25OH vitamina D fueron inferiores a los esperados en una localidad ubicada en la zona sur de España, zona de exposición lumínica alta a lo largo de todo el año. Sin embargo corroboran los estudios que vienen apuntando que la población española presenta niveles bajos de vitamina D.

Palabras Clave: vitamina D, postmenopausia, mujeres.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Análisis descriptivo de los resultados del Programa Teledermatología en un centro de salud

Asenjo Jiménez J¹, Martín Blanco E², Bernal Reyes M³, Carretero Castaño P³

¹Enfermero. CS Espartinas. Responsable Programa Teledermatología

²Médico Interno Residente. CS Espartinas. Sevilla

³Médico Interno Residente. CS Mairena del Aljarafe. Sevilla

Título: Análisis descriptivo de los resultados del Programa Teledermatología en un centro de salud.

Objetivo: describir los resultados del Programa Teledermatología en un centro de salud, para detección precoz de melanomas, carcinomas y otras patologías cutáneas.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud ámbito metropolitano.

Población y muestra: la población total de este municipio en 2011 era de 13624 habitantes (6869 hombres y 6755 mujeres). La muestra está compuesta por 163 pacientes, entre los cuales 91 son mujeres (56%) y 72 hombres (44%).

Intervenciones: la Teledermatología diagnóstica a distancia lesiones cutáneas mediante el intercambio de información entre profesionales médicos de diferente nivel asistencial. El médico realiza un formulario con características de la lesión, su impresión diagnóstica y los diagnósticos diferenciales probables. Tras realizar fotografías de la lesión/es, procesarlas y encriptarlas se

envían a Dermatología, cuyo diagnóstico se devuelve al médico. Se refuerza el trabajo en equipo y estimula la formación continua. Esta técnica ofrece un tiempo de espera muy reducido y brinda al médico y paciente una disminución de la incertidumbre. Se evitan también derivaciones innecesarias de patologías banales.

Resultados: el 90,19% de los casos fue patología dermatológica banal y el 9,81% tumores malignos. El porcentaje de carcinomas espinocelulares fue 0,61%, un 7,97% carcinomas basocelulares y 1,23 % melanomas.

Conclusiones: la Teledermatología tiene gran impacto por su alto valor de eficacia y eficiencia en el cribaje de pacientes. La incidencia de melanoma en hombres fue 14,56 por 100.000 habitantes y 14,80 en mujeres (2,3 y 2,6 respectivamente en España*), basocelulares y espinocelulares 95,42 y 7,34 por 100.000 habitantes respectivamente.

(*) Academia Española de Dermatología y Venereología.

Palabras Clave: telemedicine, melanoma, basal cell cancer, squamous cancer, Early detection.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación de la variación de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes en tratamiento con antipsicóticos

Aguilar Cano L¹, Porcel Martín EM^{a1}, Haro Haro L¹, Rueda Mateos M¹, De Los Riscos Mateos E², Tavira Patón M¹

¹Médico Residente. CS Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

²Médico de Familia. CS Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

Título: Evaluación de la variación de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes en tratamiento con antipsicóticos.

Objetivo: *principal:* demostrar el incremento, en al menos un punto, del número de los factores de riesgo y eventos cardiovasculares tras cuatro años con tratamiento antipsicótico de forma continuada. *Secundario:* evaluar la presencia de factores y eventos cardiovasculares en pacientes con tratamiento con fármacos antipsicóticos en nuestro centro en el momento de recogida de datos.

Diseño: estudio descriptivo de seguimiento de una cohorte (serie de casos longitudinales).

Emplazamiento: centro salud urbano.

Población y muestra: 220 pacientes (54% hombres y 46% mujeres), edad media 54,8. Criterios de inclusión: mayores 14 años del centro, en tratamiento con antipsicóticos entre 2008-2011. Criterios de exclusión: fallecimiento o suspensión del tratamiento antipsicótico antes 2011.

Intervenciones: 220 pacientes seleccionados de registros de farmacia elaborados a partir de Diraya. Detectar aumento en un punto en los factores de riesgo y/o eventos cardiovasculares entre 2008-2011 (potencia: 80%, nivel de confianza: 95%). Variable resultado principal: factores de riesgo y eventos cardiovasculares. Variables independientes: edad, sexo, tratamiento antipsicótico.

Seguimiento entre 2008-2011. Análisis estadístico: análisis por intención de tratar. Estadísticos: estadísticos: test Chi-cuadrado, T- student.

Resultados: entre 2008-2011 35,5% de pacientes con tratamiento con antipsicóticos han presentado incremento (en al menos uno) de los factores de riesgo y/o eventos cardiovasculares. En 2011 hipertensos: 27.7%, diabéticos: 25.9%, dislipémicos: 31.4%, obesos: 13.2%, cardiopatía isquémica 3.6%, enfermedad cerebro vascular: 7.7%.

Conclusiones: la bibliografía muestra que pacientes en tratamiento antipsicótico presentan obesidad un 60%, Diabetes Mellitus un 18% y aumento de colesterol y triglicéridos, aunque con gran variabilidad según la bibliografía consultada. La diferencia con los datos obtenidos en el estudio de los pacientes en nuestro centro, pueden deberse a que la recogida de datos en el registro Diraya no sea estricto y a una muestra insuficiente. Nos planteamos realizar en un segundo tiempo, una nueva recogida de pacientes en otros centros para ampliar la muestra, y conseguir un grupo control (no tratamiento antipsicóticos) que permita atribuir el aumento de los factores de riesgo cardiovascular, objetivado en nuestro estudio, al tratamiento con antipsicóticos.

Palabras Clave: antipsicóticos (antipsychotic treatment), factores riesgo cardiovascular (cardiovascular risk factors), Diabetes Mellitus (Diabetes Mellitus).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Uso adecuado de hipolipemiantes en una Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria

Gallo Vallejo FJ¹, Casas Reyes P², Alonso Ortega N², De la Torre Martín A², Gutiérrez Pelegrina M², León López F¹

¹Médico de Familia. CS Zaidín-Sur. Granada

²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada

Título: Uso adecuado de hipolipemiantes en una Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria.

Objetivo: evaluar la adecuación de la prescripción de hipolipemiantes reductores del colesterol en prevención primaria. Valorar diferencias de prescripción entre médicos de familia (MF) tutores y no tutores.

Diseño: estudio transversal y descriptivo.

Emplazamiento: centro de salud, urbano y docente.

Población y muestra: total de pacientes que han recibido tratamiento con algún fármaco hipolipemiente entre noviembre de 2011 y febrero de 2012 (N=4029). Población de estudio: 350 pacientes, muestreo sistemático y estratificado por profesional. Se excluyeron aquellos casos en tratamiento sólo con fármacos reductores de triglicéridos.

Intervenciones: variable dependiente fue prescripción adecuada en prevención primaria. Se consideró prescripción adecuada si cumplía alguno de los criterios recogidos en protocolo de la UGC Intercentros de Farmacia. Otras variables: edad, sexo, especialista que inicia tratamiento, tratamiento actual.

Análisis descriptivo de las variables. Para el contraste de hipótesis se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado, considerando significativo una $p < 0.05$. Los datos fueron analizados mediante el SPSS 15.0.

Resultados: 51% mujeres, con edad media de 65,4 +/- 11.5 años. En 59,9% de casos, tratamiento iniciado por MF, frente a un 18,3% iniciado por Cardiólogo. En un 61.7% de los casos la simvastatina es el fármaco prescrito. 79.3% de tratamientos corresponden a prevención primaria y el resto a prevención secundaria. En prevención primaria, un 66,7% de los tratamientos se consideran adecuados. Los médicos tutores realizan un adecuado tratamiento en Prevención Primaria con el 68,9% de sus pacientes frente al 65% de los médicos no docentes, pero no alcanzando significación estadística esta diferencia.

Conclusiones: el porcentaje de adecuación en prevención primaria resulta algo superior al revisado en trabajos similares, lo que podría justificar la alta tasa de estatinas de nuestra UGC, no existiendo diferencias significativas entre MF tutores y no tutores.

Palabras Clave: Primary Prevention (Prevención Primaria), HMG-CoA Reductase Inhibitors (Estatinas), Primary Care (Atención Primaria).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Autoauditoría sobre captación de mujeres en el proceso asistencial de DPCC zona básica Andújar.

Martínez Prieto V¹, Muñoz Puentes M², Pozo Cascajosa AM¹, Linzoain Belzarena M², Añón Barbudo C¹, del Castillo López J³

¹Médico Residente. CS Virgen de la Cabeza. Andújar (Jaén)

²Médico Residente. CS Puerta de Madrid. Andújar (Jaén)

³Médico de Familia. CS Virgen de la Cabeza. Andújar (Jaén)

Título: Autoauditoría sobre captación de mujeres en el proceso asistencial de DPCC zona básica Andújar.

Objetivo: evaluar la actuación del MAP en el inicio del proceso de DPCC para observar si lo estamos haciendo bien y si hay algo que mejorar.

Valorar si las actividades relacionadas con el proceso de DPCC cumplen los criterios mínimos definidos.

Diseño: estudio observacional retrospectivo.

Emplazamiento: zona básica Andújar (Jaén).

Población y muestra: cualquier mujer entre 16-65 años susceptible de pertenecer al proceso de DPCC. (Según normas del PAI DPCC 2ª edición 2010). Muestra de 100 mujeres elegidas al azar entre 5 cupos diferentes.

Intervenciones: el MAP captará mujeres entre 18-65 años susceptibles de entrar en el proceso de DPCC. En el momento de la consulta, revisará si tiene

creado el proceso de DPCC e informará de dicho programa. Se le invitará a la realización de la citología en nuestro centro y se citará en 1-2 semanas.

Resultados: de las 100 mujeres de nuestra muestra, el 91% pertenecen al proceso, el 92% ya tienen registro en Diraya y el 68% corresponden a mujeres entre 40-50 años. No existiendo significación estadística entre la edad y la captación (p 0.51).

Conclusiones: no todos los procesos de DPCC están correctamente creados. Se cumple la premisa de la UGC de intentar captar mujeres entre 40-50 años.

La citología es una prueba de bajo coste y alta sensibilidad que debería realizar todo MAP a sus pacientes en rango para diagnóstico precoz de cáncer de cérvix.

Palabras Clave: uterine cervical neoplasms (Cáncer de cérvix), Prevention and control uterine cervical neoplasms (Prevención y control de cáncer de cérvix), pathology of uterine cervical neoplasms (patología cáncer de cérvix).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Mejora de la calidad: calidad del registro en la historia clínica

Cantarero Ortiz M, Ruiz Delgado D, Álvarez Sigano L, Robles Casado B, Andújar Romero J, Andújar Diges D

Médico Residente. CS La Chana. Granada

Título: Mejora de la calidad: calidad del registro en la historia clínica.

Objetivo: evaluar la calidad de la historia clínica informatizada en un centro de salud e identificar áreas prioritarias de mejora.

Diseño: observacional descriptivo.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Población y muestra: de un marco muestral de 21.000 historias clínicas se eligieron 22 historias x 14 Unidades de Atención Familiar (UAF) de un listado de citas médicas del último semestre entre 2011-2012.

Intervenciones: establecimiento de 8 criterios de calidad para evaluar la seguridad, validez y eficacia del sistema informático: datos de filiación, hoja de problemas actualizada, codificación diagnóstica (CIE-10), plan de actuación, hábito tabáquico, alergias/contraindicaciones medicamentosas, plan de cuidados en paciente frágil e identificación de cuidador principal en paciente dependiente.

Resultados: mediante análisis descriptivo (IC 95%) obtenemos cumplimiento del estándar establecido en: datos de filiación actualizados (91-96,2%), plan de cuidados en paciente frágil (72,4-100%) y codificación diagnóstica mediante CIE-10 (78,4-86,8%). No se obtiene cumplimiento del estándar establecido en: plan de actuación (16,7-25,7%), identificación de cuidador principal en paciente dependiente (12,3-50,9%), hábito tabáquico (19,8-60,6%), alergias/contraindicaciones medicamentosas (72,1-81,5%) y hoja de problemas actualizada (79,9-87,9%).

Conclusiones: la calidad de la historia clínica es más que aceptable ofreciendo información fiable, específica y no ambigua (codificada), efectiva, con suficiencia (ofrece un conjunto mínimo de datos administrativos, clínicos y preventivos). La mejora del registro de alergias/contraindicaciones medicamentosas y actualización del plan de actuación y hábitos tóxicos, nos servirá para potenciar la seguridad del paciente, la validez de la historia y la mejora de la continuidad asistencial.

Palabras Clave: Quality (calidad), medical history (historia clínica), patient safety (seguridad del paciente), clinical audit (auditoría clínica).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Daño vascular en hipertensos sin lesión orgánica ni enfermedad cardiovascular previa

López Téllez A¹, Ramírez Torres JM¹, Cordero Jiménez B², Villalobos Martín J¹, Boxó Cifuentes J¹, González Rodríguez E³

¹Médico de Familia. CS Puerta Blanca. Málaga

²Médico Residente de Medicina de Familia. CS Puerta Blanca. Málaga

³Enfermera. CS Puerta Blanca. Málaga

Título: Daño vascular en hipertensos sin lesión orgánica ni enfermedad cardiovascular previa.

Objetivo: detectar la presencia de daño vascular, mediante la determinación del Índice Tobillo-Brazo (ITB) y el Grosor Íntima-Media (GIM) carotídeo, en hipertensos sin lesión orgánica (hipertrofia ventricular izquierda, microalbuminuria, filtrado glomerular disminuido) ni enfermedad cardiovascular (ECV) coronaria, cerebral o periférica, conocida.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: hipertensos sin daño orgánico ni ECV conocida, atendidos en consulta de riesgo vascular durante 3 meses (n=33).

Intervenciones: se determinaron variables sociodemográficas y clínicas, así como ITB y GIM para determinar la existencia de daño vascular. El ITB se determinó mediante doppler vascular portátil y el GIM mediante ecografía carotídea.

Análisis estadístico: descriptivo, bivariado y multivariante mediante regresión lineal múltiple y regresión logística, según tipo de variable.

Resultados: se estudiaron 33 pacientes. Edad media: 66,4 años (DS: 7,6); varones: 48,5%; fumadores: 3%; exfumadores: 24,2%; diabéticos: 21,2%; síndrome metabólico: 48,5%; el 68% presentaban RCV leve-moderado y el 32% RCV alto. Se detectó aterosclerosis carotídea en un 36,4 % (IC95%: 20-53) de los pacientes; de ellos, un 33,3% tenían placas aterosclerosas y un 66,6% presentaban un GIM aumentado para su edad. Se detectó ITB $\leq 0,90$ (enfermedad arterial periférica) en un 21,2%.

En total un 45,4 % (IC95%: 28-62) de los pacientes presentaban ITB patológico o alteraciones carotídeas (GIM patológico y/o placa). Se reclasificó el riesgo vascular en el 21,2% de los pacientes estudiados.

Encontramos asociación significativa de la existencia de daño vascular subclínico con la edad y la presencia de diabetes ($p < 0,001$).

Conclusiones: aproximadamente la mitad de los hipertensos sin lesión orgánica ni ECV previamente conocidas presentan daño vascular (ITB y/o GIM patológicos). De ellos, la mayoría presentan aterosclerosis carotídea.

Palabras Clave: Arterial Disease (Daño Vascular), Ankle Brachial Index (Índice Tobillo Brazo), Carotid Intima-Media Thickness (Grosor Íntima-Media).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Adherencia a la medicación en pacientes hipertensos de alto riesgo cardiovascular

Martínez Buendía C¹, Carretero Sánchez R², Sancho Zubiaur J³, Quintero Palomino J³

¹Médico Residente 4º año Medicina de Familia. Granada

²Médico de Familia. Granada

³Médico Residente 1º año Medicina de Familia. Granada

Título: Adherencia a la medicación en pacientes hipertensos de alto riesgo cardiovascular.

Objetivo: describir en una muestra de pacientes hipertensos de alto riesgo cardiovascular (RCV) su nivel de adherencia a la medicación antihipertensiva y el nivel de inercia terapéutica (IT) presente en la actividad profesional de sus médicos.

Objetivo secundario: Analizar la posible relación de la adherencia a la medicación con las características sociodemográficas y el nivel de satisfacción de los pacientes.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud metropolitano.

Población y muestra: hipertensos de entre 50 y 65 años con uno de sus dos últimos registros de presión arterial (PA) $\geq 130/80$ mmHg y algún criterio de alto RCV.

Aplicando los criterios de inclusión en los 1925 pacientes del programa hipertensión (HTA) de Diraya en un centro de salud metropolitano, resultan 188 pacientes de los que se recogen las variables descritas.

Intervenciones: variables utilizadas: nivel de adherencia a la medicación antihipertensiva,

características sociodemográficas y nivel de satisfacción del paciente mediante un cuestionario vía telefónica, o en su defecto, por correo convencional. La IT, decisión de cambio o refuerzo del tratamiento cuando PA descontrolada, se evalúa comprobando si en las dos últimas tomas de PA descontrolada, el médico tomó alguna decisión.

La variable nivel de adherencia es medida con la escala de Morisky (Morisky et al., 2008), la cual presenta $\alpha = 0,83$, sensibilidad del 93% y especificidad del 53%.

Resultados: según PRESCAP 2010, existe una media del 40% de incumplimiento terapéutico entre hipertensos. En nuestro estudio el incumplimiento fue del 15% probablemente por tratarse de hipertensos todos de alto RCV, habitualmente más concienciados del riesgo.

Resultados similares a los obtenidos en este estudio, encontramos con respecto la IT; un 68 %.

Conclusiones: la adherencia a la medicación antihipertensiva fue mayor a la encontrada en la bibliografía. Sin embargo, todos los hipertensos considerados estaban descontrolados. Se concluye la necesidad de mejorar la inercia terapéutica.

Palabras Clave: medication adherence, blood pressure, guideline adherence.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Factores relacionados con el cese del tabaquismo en una intervención avanzada grupal con fumadores en un centro de salud

Castillo Trillo B¹, Ramírez Aliaga M², Pérez Vidal L², Muñoz Cobos F², Acero Guasch N², Cuenca Del Moral R²

¹Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS El Palo. Málaga

²Adjunta Médico de Familia. CS El Palo. Málaga

Título: Factores relacionados con el cese del tabaquismo en una intervención avanzada grupal con fumadores en un centro de salud.

Objetivo: evaluar los resultados (abandono del hábito tabáquico) de la intervención avanzada grupal y los factores relacionados al cese del tabaquismo.

Diseño: descriptivo longitudinal: 2009-2012.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: personas que participan en los grupos de intervención avanzada frente al tabaquismo entre octubre 2009 y junio 2012. n=173.

Intervenciones: intervención avanzada grupal. Programa multicomponente. Entrevista previa. 6 sesiones grupales. Variables: edad, sexo, grupo, edad de inicio del hábito tabáquico, convivientes fumadores, enfermedades relacionadas, escala de Fagëstrom, empleo de fármacos y tipo (terapia sustitutiva nicotínica (TSN), bupropion, vareniclina). Análisis descriptivo. Análisis multivariante mediante regresión logística binaria y pruebas no paramétricas de Kruskal-Wallis para muestras independientes. Alfa 0.05.

Resultados: 9 grupos. Edad media 52,24 años, 50,3 mujeres. Edad media de inicio tabaquismo:

17.7 siendo un 62,9% el porcentaje acumulado antes de los 17 años. El 52,7% no padecen enfermedades relacionadas y sólo un 20,9 % han tomado algún fármaco (TNS en un 73,5%). El 65,4% presenta una dependencia moderada. Un 56,1 % asisten a más de 4 sesiones siendo solo un 24,9 % los que asisten a todas. Abandonan el hábito tabáquico un 27,2 %. De los pacientes que acuden a las 6 sesiones abandonan el 58,1%.

Se identifican asociados significativamente al abandono, el mayor número de sesiones (Exp B=2,73. IC 1,90-3,92) y el padecer enfermedades relacionadas con el tabaco (Exp B=2,34. IC 1.002-5,49).

Se comparan las medias de la asistencia a las sesiones y el abandono del hábito tabáquico en cada uno de los grupos que se han llevado a cabo en este tiempo sin encontrar mejora significativa de los resultados a lo largo del tiempo.

Conclusiones: la asistencia a un mayor número de sesiones y el padecimiento de enfermedades relacionadas con el tabaco son factores asociados al abandono del hábito tabáquico. No ha mejorado la asistencia a las sesiones a lo largo del tiempo.

Palabras Clave: Smoking cessation, Advanced intervention, Smoker.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Anticoagulación con acenocumarol en un centro de salud urbano

Páez Sánchez L¹, Granados López B¹, Ramírez Martínez M¹, Castillo Ortiz J², Rivera Moya A³, Porcel Ruiz J⁴

¹Médico Residente Medicina de Familia. CS La Merced. Cádiz

²Médico Residente Cardiología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

³Médico Residente Medicina de Familia. CS Plaza de Toros. Almería

⁴Médico de Familia. Área 3 SMS. Murcia

Título: Anticoagulación con acenocumarol en un centro de salud urbano.

Objetivo: conocer el perfil del paciente anticoagulado con acenocumarol y analizar los principales motivos de anticoagulación oral en un centro de salud de una capital de provincia.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: se seleccionaron todos los pacientes anticoagulados con acenocumarol de un centro de salud (n=79).

Intervenciones: se realizó una revisión de las historias clínicas de los pacientes en tratamiento con acenocumarol, recogiendo información sobre los principales indicaciones para la anticoagulación oral, y se analizaron los datos mediante el paquete estadístico SPSS v17.0.

Resultados: la edad de los pacientes que participaron en nuestro estudio oscilaba entre 38 y 88 años, siendo 74 años la edad media de los

mismos. La mayoría de ellos eran mujeres (62%) y tomaban una media de 8 fármacos. Tan solo un 18% eran fumadores activos y un 9% eran bebedores importantes.

La fibrilación auricular (FA) fue el principal motivo de anticoagulación oral con acenocumarol (57%). El segundo lugar lo ocupaban las prótesis mecánicas (21,5%), seguido de trombosis venosa profunda (14%), tromboembolismo pulmonar (6%) y síndrome antifosfolípido (2,5%). Las comorbilidades más frecuentemente asociadas fueron hipertensión arterial (HTA) (72%), insuficiencia cardíaca (IC) (52%), diabetes mellitus (DM) (44%) y valvulopatías (42%). La tasa de sangrado total fue del 6%.

Conclusiones: el perfil demográfico de los pacientes anticoagulados con acenocumarol fue mujer de 74 años, polimedicada, con HTA e IC. La indicación más frecuente de anticoagulación fue la FA. La tasa de sangrado fue superior a la documentada en la bibliografía.

Palabras Clave: Anticoagulants, Acenocumarol, Primary Health Care, Medical assistance, Hemorrhage, Atrial fibrillation.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio de calidad del grado de control de dislipemia en pacientes tratados con estatinas

Del Rio Caballero A¹, Rodríguez Casimiro M², González Luís J², Ligerio Molina M¹, Agrela Torres S³, Rey Martín A³

¹Médico Residente 3^{er} año Medicina de Familia. CS Trinidad. Málaga

²Médico Residente 4^o año Medicina de Familia. CS Trinidad. Málaga

³Médico de Medicina de Familia. CS Trinidad. Málaga

Título: Estudio de calidad del grado de control de dislipemia en pacientes tratados con estatinas.

Objetivo: evaluación del grado de control lipídico en pacientes tratados con estatinas, en base al objetivo de cifras de LDL colesterol a alcanzar, según su nivel de riesgo cardiovascular (RCV). Propuesta de intervención de mejora.

Diseño: estudio observacional descriptivo transversal, con metodología de calidad. Se ha realizado lluvia de ideas para la detección de problemas y posterior priorización por el método de Hanlon. Se han establecido criterios, excepciones y estándares de proceso y resultado. Se ha realizado análisis causa efecto mediante el diagrama de Ishikawa y análisis de ponderación / priorización de causas, mediante diagrama de Pareto.

Emplazamiento: centro de salud.

Población y muestra: pacientes en tratamiento con estatinas entre octubre de 2010 y octubre de 2011 (N=2416). Muestra calculada (n=385). Por tratarse de un estudio de calidad se toma una micromuestra de 100 casos, aleatoria y

randomizada por cupos médicos. Edad media 51,8 años.

Intervenciones: auditoría de historias usando como fuentes de datos Diraya y Servolab.

Resultados: el análisis de causas ha establecido las dependientes del paciente, del profesional y de la organización. Se ha determinado (Pareto) que actuando sobre la estratificación del RCV y sobre la prevención secundaria se actuaría sobre más del 50% de causas de incumplimiento del objetivo LDL según RCV. Se han evaluado los porcentajes de cumplimiento del objetivo LDL colesterol según nivel de RCV. Los resultados se han comunicado al EBAP. Se han realizado propuestas de mejora.

Conclusiones: el análisis de calidad es útil para conocer el nivel de cumplimiento de los pacientes que requieren control de LDL colesterol. El análisis de causas y la priorización de las actuaciones pueden rentabilizar estas. Es necesario trasladar al EBAP este conocimiento, para intentar modificar las intervenciones y con ellas los resultados.

Palabras Clave: Hypercholesterolemia, Statins, Cardiovascular risk.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Tratamiento del paciente con cólico renal en urgencias de Atención Primaria

Bolet Galindo R¹, Valencia Alvarado A², Aguilar Oñate N³, Tibos F², Antoñano Fernández de Quincoces A²

¹Enfermera. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias Las Lagunas. Mijas Costa (Málaga)

²Médico de Familia. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias Las Lagunas. Mijas Costa (Málaga)

³Enfermero. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias Las Lagunas. Mijas Costa (Málaga)

Título: Tratamiento del paciente con cólico renal en urgencias de Atención Primaria.

Objetivo: valorar el tratamiento del paciente atendido en urgencias de Atención Primaria por cólico renoureteral (CRU) y compararlo con las evidencias actuales.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: centro de salud de ámbito mixto, con asistencia de urgencias 24 horas.

Población y Muestra: pacientes que acuden a una UCCU por clínica sugestiva de CRU, entre los meses de enero y mayo de 2012.

Intervenciones: revisión de historias clínicas digitales seleccionadas al azar de la población atendida en dichas urgencias extrahospitalarias, con clínica sugestiva de CRU.

Análisis estadístico mediante SPSS 17.0 de las variables: edad, sexo, tratamiento y vía de administración empleada durante la asistencia, realización de tira reactiva en orina, diagnóstico

final y necesidad de derivación hospitalaria al alta.

Resultados: se analizaron un total de 130 asistencias por clínica sugestiva de CRU. Carecemos de registro de tratamiento en el 30,8% de los casos, siendo la vía de administración más frecuente la intravenosa 38,5%. La medida terapéutica más empleada (85,6%) fue la combinación de varios grupos farmacológicos, con predominio del uso de AINE (88,9), buscapina (60) y opiáceos (22,2).

Conclusiones: la mayoría de pacientes atendidos son tratados con una combinación de fármacos, en los que la buscapina juega un papel importante, a pesar de que ningún estudio haya demostrado que sea tan eficaz como opiáceos, AINE u otros analgésicos cuando son usados como fármaco único. Además, existen estudios que muestran que la adición de un antimuscarínico a los AINE u opiáceos no aporta beneficios analgésicos, ni disminuye la sintomatología vegetativa acompañante, siendo incluso de riesgo en caso de CRU obstructivo.

Palabras Clave: Renal colic, Emergency Treatment, Evidence-Based Emergency Medicine.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Patrones de deterioro en una cohorte de personas mayores frágiles

Herrera Moreno C, Garrido Canning C, Ortega Moreno IM^a, Canalejo Echeverría A, Santacruz Talledo J, Gertrudis Díez M

Medicina de Familia. CS el Palo. Málaga

Título: Patrones de deterioro en una cohorte de personas mayores frágiles.

Objetivo: describir los patrones evolutivos de modificación de la capacidad funcional en mayores de 65 años y determinar factores relacionados.

Diseño: diseño longitudinal. Cohorte dinámica sin grupo control. Criterios inclusión: problema físico, psíquico o social que ocasiona riesgo de dependencia. Criterios exclusión: exitus, cambio domicilio, institucionalización. Seguimiento medio anual 80 pacientes.

Emplazamiento: centro de salud.

Población y muestra: sujetos de estudio: pacientes mayores de 65 años con criterios de fragilidad, atendidos en consulta y/o domicilio entre 2003-2011 (N=238).

Intervenciones: edad, sexo, incapacitados en domicilio, patología que origina pérdida de funcio-

nalidad, puntuaciones sucesivas Índice de Barthel (capacidad para realizar actividades básicas vida diaria). Variable dependiente: patrón evolutivo Barthel (descendente/no descendente) en pacientes con al menos tres determinaciones (n=140).

Resultados: edad media cohorte actual 82 años, sexo: hombres 31,9%, mujeres 68,1 % , patología que ocasiona pérdida de funcionalidad: osteomuscular 27,3%, disneizante 21,8%, demencias 14,7%, neurológicas 13% , cáncer 3,8% , trastorno mental 1,3% . Barthel inicial medio 79 (75,7-82,2), en décima medición 55 (44,7-65,2). El patrón evolutivo se determina en 140 pacientes: 16%, (10,3-22,6) descendente, 45% (36,8-53,2) oscilante y 5% (1,4-8,6) estable.

Conclusiones: el patrón de deterioro de capacidad funcional en personas mayores frágiles más frecuente es el oscilante.

Palabras Clave: índice Barthel, persona mayor frágil, capacidad funcional, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Perfil y manejo del paciente con cólico renal en urgencias de Atención Primaria

Boleta Galindo R¹, Valencia Alvarado A², Aguilar Oñate N³; Tibos F², Antoñano Fernández de Quincoces A²

¹Enfermera. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias Las Lagunas. Mijas Costa (Málaga)

²Médico de Familia. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias Las Lagunas. Mijas Costa (Málaga)

³Enfermero. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias Las Lagunas. Mijas Costa (Málaga)

Título: Perfil y manejo del paciente con cólico renal en urgencias de Atención Primaria.

Objetivo: determinar el perfil del paciente atendido en urgencias de Atención Primaria por cólico renoureteral (CRU) y describir el manejo del mismo en una UCCU de ámbito mixto.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que acuden a una UCCU por clínica sugestiva de CRU.

Emplazamiento: unidad de cuidados críticos y urgencias de Atención Primaria (UCCU), con asistencias en área de cobertura mixta (rural y urbana).

Población y muestra: pacientes que acuden a una UCCU por clínica sugestiva de CRU, entre los meses de enero y mayo de 2012.

Intervenciones: revisión de historias clínicas digitales seleccionadas al azar de la población atendida en dichas urgencias extrahospitalarias, con clínica compatible de cólico renal. Análisis estadístico mediante SPSS 17.0 de las variables: edad, sexo, tratamiento y vía de administración empleada durante la asistencia, realización de

tira reactiva en orina, diagnóstico final y necesidad de derivación hospitalaria al alta.

Resultados: se analizaron un total de 130 asistencias por clínica sugestiva de CRU. La edad media fue 45,38 años (DT 14,65). El 55,4% fueron varones. Carecemos de registro de tratamiento en el 30,8% de los casos, siendo la vía de administración más frecuente la intravenosa (55,6%). La medida terapéutica más empleada (85,6%) fue la combinación de varios grupos farmacológicos, sin diferencias significativas entre el uso aislado de opiáceos y antiinflamatorios no esteroideos. Se realizó análisis de tira reactiva urinaria en 59,8% de casos. Los diagnósticos finales fueron CRU (74,4%) e infección tracto urinario (17,8%). El 92,1% recibió alta a domicilio.

Conclusiones: el perfil de pacientes atendidos corresponde a varón de edad media (41- 55 años), que precisa combinación de medicación parenteral para alivio sintomático del cuadro renal. Patología con alta resolución en UCCU. Sería conveniente determinar el porcentaje de pacientes que precisan nueva asistencia urgente en el contexto del mismo episodio.

Palabras Clave: Renal colic, Emergency Treatment, Patient Care.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Grupo focal: valoración cualitativa de aspectos clave relacionados con el itinerario formativo del médico residente

Rodríguez Moreno S¹; Mata Sánchez M¹; Borraz Espejo B²; Miñana García M¹; Ávila García N²; Álvarez Piñar E²

¹Médico de Familia. CS Colonia Santa Inés Teatinos. Málaga

²Médico Residente. CS Colonia Santa Inés Teatinos. Málaga

Título: Grupo focal: valoración cualitativa de aspectos clave relacionados con el itinerario formativo del médico residente.

Objetivo: recoger información sobre la visión que tiene el médico residente de su itinerario formativo y promover un intercambio de opiniones para mejorar la formación.

Diseño: estudio transversal retrospectivo. Metodología cualitativa: grupo focal.

Emplazamiento: Unidad Docente Medicina de Familia.

Población y muestra: se oferta a los residentes que pertenecen a un CS la participación en esta actividad. Los ocho que responden afirmativamente forman el grupo focal junto con el moderador que realiza las preguntas.

Intervenciones: ¿cuál es la impresión sobre vuestro itinerario formativo? ¿Qué dificultades os habéis encontrado? ¿Qué cosas han resultado más útiles? Duró tres horas aproximadamente. Se transcribió íntegramente. Luego se hizo un análisis cualitativo.

Resultados: se resalta la figura del tutor como clave del aprovechamiento durante la residencia. Se valora como muy importante lo aprendido durante las guardias de urgencias hospitalarias y lo ven necesario para orientar su futuro profesional. Destacan las reuniones de formación y sesiones clínicas imprescindibles. Las dificultades mayores las encuentran durante las rotaciones de algunas especialidades hospitalarias donde se encuentran poco tutorizados. A pesar del aumento del tiempo de la residencia a cuatro años, la estancia a saltos en la consulta, hace que el residente sienta que termina la residencia sin haber aprendido todo lo necesario. Algunas tareas asignadas en los centros a los residentes mayores no se supervisan suficientemente ni se orientan para que tengan un verdadero valor formativo.

Conclusiones: los residentes entrevistados valoran positivamente la figura del tutor y la formación en urgencias. Se sienten poco tutorizados durante las rotaciones hospitalarias. Algunas tareas asignadas a los residentes mayores no se supervisan para que tengan un verdadero valor formativo.

Palabras Clave: Family practice, focal group, residents perspective.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Cribado de nefropatía diabética y uso concomitante de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) en pacientes diabéticos en Atención Primaria

Andújar Romero J¹, López Casado M², Robles Casado B¹

¹Médico Residente Medicina de Familia. CS La Chana. Granada

²Médico de Familia. CS La Chana. Granada

Título: Cribado de nefropatía diabética y uso concomitante de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) en pacientes diabéticos en Atención Primaria.

Objetivo: analizar el cribado para nefropatía diabética por parte de profesionales de Atención Primaria. Uso inadecuado de AINES en pacientes incluidos en proceso diabetes.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Población y muestra: de 21000 adscritos al centro, se seleccionaron de forma aleatoria 200 pacientes de 3 cupos.

Intervenciones: revisión de historias clínicas digitales entre 2007 y 2012 de 200 diabéticos tipo 1 y 2.

Análisis estadístico con SPSS.

Resultados: se revisan 200 historias, correspondiendo un 53,1% a varones y un 46,9% a mujeres, con una edad media de 66.9 años. De ellos, un 96,3% son diabéticos tipo 2. Un 66,5% (+/-11%) eran hipertensos. Para el estudio del cribado se analizaron las siguientes variables: creatinina, microalbuminuria y aclaramiento de creatinina.

El porcentaje de pacientes con medidas anuales durante los 3 últimos años de estos parámetros fueron: 67,2% (+/- 11,1%) la creatinina; 34% (+/- 15%) la microalbuminuria y 0% aclaramiento de creatinina (este valor probablemente se deba a que no está incluida su realización en el cribado de nefropatía diabética del proceso, aunque sí que está recomendado su cálculo según las principales sociedades científicas.

Considerando como uso inadecuado de AINES la prescripción electrónica activa en el momento de revisión durante más de 1 mes o más de 6 envases en el último año, encontramos que, entre los pacientes con valores alterados de creatinina, el 5,5% (+/-19%) los habían consumido y el 26% (+/-16%) de los que presentaban microalbuminuria significativa.

Conclusiones: el cribado de nefropatía diabética en nuestro medio no se realiza de forma correcta según los criterios internacionales. El porcentaje de pacientes cribados es claramente mejorable y el riesgo de uso de fármacos potencialmente nefrotóxicos ha de ser tenido en cuenta en esta población.

Palabras Clave: Diabetic Nephropathy (nefropatía diabética); Chronic kidney failure (insuficiencia renal crónica); NSAID (antiinflamatorios no esteroideos).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio descriptivo de la incapacidad temporal en un centro de salud urbano

Lorenzo Lara M, González Rodríguez A, González de Juan M, Martín Lema I, Cabezas Saura P, Sampedro Abascal C

Medicina de Familia. CS Alcosa "Mercedes Navarro". Sevilla

Título: Estudio descriptivo de la incapacidad temporal en un centro de salud urbano.

Objetivo: caracterizar las Incapacidades Temporales (IT) según su duración y factores determinantes de la población a estudio.

Diseño: estudio observacional transversal.

Emplazamiento: centro de salud.

Población y muestra: 514 IT por contingencia común y accidente no laboral, de pacientes pertenecientes a varios cupos del centro de salud, recogidas durante 6 meses y a partir de listados extraídos de Diraya.

Intervenciones: se realizó un cuestionario vía telefónica a los pacientes que cursaron las IT, recogiendo las variables no disponibles en Diraya: nivel de estudios y actividad laboral (CON-11). El resto de variables se recogió de las historias (Edad, Sexo, duración IT, distribución semanal, recaídas y causa de la IT CIE-9).

Resultados: edad media 38,3 (10,8) años, 285 (55,4%) IT pertenecieron a mujeres. Los principales grupos de enfermedades asociados a IT fueron las enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo (23,5%), sistema respiratorio (17,3%), y enfermedades infecciosas y parasitarias (15,6%). La mitad de las IT duraron 11 días o menos. Los episodios de mayor duración son por enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales. La mayor duración de los episodios se dio en personas sin estudios primarios, con un 50% de los casos de más de 20 días (5-65,26) o más de duración. También se observa que a mayor edad mayor duración de la baja. Los trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores son los que tienen un mayor número de IT con un 27,8% (n=143) de los casos, siendo un 75,5% mujeres.

Conclusiones: la edad, el sexo, la profesión, la enfermedad y el nivel formativo son variables relacionadas con las IT.

Palabras Clave: Sick leaves (Incapacidad Temporal). ICD9CM (CIE9), Primary Care (Atención Primaria).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Análisis de implantación del programa de teledermatología. Estudio de concordancia

González Blanco V¹, Ruiz Moruno F², García Criado E²

¹Médico Residente de Familia. CS Fuensanta. Córdoba

²Médico de Familia. CS Fuensanta. Córdoba

Título: Análisis de implantación del programa de teledermatología. Estudio de concordancia.

Objetivo: determinar las lesiones que se remiten al programa de teledermatología y la concordancia diagnóstica entre médico de familia y dermatólogo.

Diseño: estudio observacional descriptivo de concordancia.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: pacientes de un centro de salud que han sido estudiados dentro del programa de teledermatología en los primeros 10 meses tras su implantación.

Intervenciones: realizamos un estudio de prevalencia de lesiones y de concordancia diagnóstica, con el objetivo de evaluar el tipo de lesiones con sospecha de malignidad que crean duda diagnóstica al médico de familia y que son derivadas para evaluación mediante el programa de teledermatología. Se estudiaron: motivos de derivación, edad, sexo, cambios en la lesión, sintomatología y tipo de exposición solar.

Resultados: las lesiones remitidas más frecuentemente a teledermatología son las catalogadas como nevus (39.65%) y como queratosis actíni-

cas (24.13%). Los diagnósticos del dermatólogo son principalmente nevus (27.58%) y queratosis seborreica (25.86%). Otras lesiones estudiadas dentro del programa son léntigo, carcinoma espinocelular y carcinoma basocelular.

La edad media de los pacientes estudiados es de 59.27 años. El sexo femenino representa el 56.9% de los pacientes incluidos en el programa.

Al relacionar los diagnósticos emitidos por el médico de familia con los de teledermatología, se obtiene índice kappa 0.451 (concordancia moderada); Si comparamos el diagnóstico del médico de familia con el que realiza el dermatólogo tras evaluar al paciente en consulta, el índice kappa obtenido es de 0.581 (concordancia moderada).

Conclusiones: existe un nivel de acuerdo moderado entre médicos de familia y teledermatología. La mayor discordancia se observa en el diagnóstico de queratosis actínica, ya que de 13 lesiones que fueron catalogadas por el médico de familia como queratosis actínicas, tan solo en 4 de ellas fue confirmado el diagnóstico por el dermatólogo, las demás fueron diagnosticadas de queratosis seborreica, léntigo o carcinoma espinocelular, entre otros.

Palabras Clave: Family Practice (Medicina de Familia), Dermatology (Dermatología), Telemedicine (Telemedicina).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Psicoterapia grupal en el abordaje de la ansiedad

García Parra M¹, Lloris Moraleja M^aC¹, Gómez Ortega G², Torices De la Torre L³, Gómez Corral M⁴, García Martínez F¹

¹Médico Residente Medicina de Familia. CS Nueva Andalucía. Distrito Almería

²Médico de Atención Primaria. CS Nueva Andalucía. Distrito Almería

³Enfermera de Atención Primaria. CS Nueva Andalucía. Distrito Almería

⁴Licenciada en Educación Física. CS Nueva Andalucía. Distrito Almería

Título: Psicoterapia grupal en el abordaje de la ansiedad.

Objetivo:

-Comprobar si el sexo va ligado a una mayor eficacia de la psicoterapia grupal.

-Valorar la eficacia de la terapia grupal en la ansiedad.

-Comprobar la relación entre la toma de ansiolíticos y la mayor frecuentación a las consultas.

Diseño: descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: población: pacientes de un medio urbano que acuden a consulta de su Médico de Familia por ansiedad.

Muestra: 117 pacientes a los que se les oferta la psicoterapia grupal y éstos la aceptan.

Intervenciones: cuatro sesiones de psicoterapia grupal y técnicas de relajación en grupos de 10-12 pacientes, a cargo de una enfermera experimentada a los que se les pasa el cuestionario de ansiedad de Beck al inicio y al final de la terapia.

Resultados:

- No hay diferencias significativas en la eficacia de la terapia en cuanto al sexo ($p>0,05$)

- De 59 pacientes que completan la terapia, la media del nivel de ansiedad al inicio fue 30,86 (ansiedad moderada), descenso estadísticamente significativo ($p<0,05$) al final de la terapia hasta 19,45 (ansiedad leve). El 79,3% mejoran su nivel de ansiedad tras la terapia

- El 67,2% de los pacientes tomaba ansiolíticos en el momento de iniciar la terapia siendo estos los mas frecuentadores a las consultas de Atención Primaria ($p<0,05$)

Conclusiones:

- No influencia del sexo en la eficacia de la terapia.

- Mejoría de la sintomatología de ansiedad con psicoterapia grupal.

- Existe relación entre la toma de ansiolíticos con una mayor frecuentación de los pacientes a la consulta.

Palabras Clave: ansiedad, psicoterapia grupal, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Intervención de higiene de manos en población escolar

Ouaridi Dadi A¹, Merian Díaz R², Fernandez Rosado F³

¹Médico de Familia. CS La Granja. Cádiz

²Médico de Familia. CS Jerez. Cádiz

³Médico de Familia. CS Pinillo. Cádiz

Título: Intervención de higiene de manos en población escolar.

Objetivo: la promoción del lavado de manos es más eficaz y costo-efectiva, en comparación a otras intervenciones de salud.

Objetivo: adquisición conocimientos para desarrollar actitudes positivas para la salud.

Diseño: intervención de promoción de la salud, modelo comunitario-participativo.

Emplazamiento: comunidad escolar.

Población y muestra: se interviene sobre escolares de 4º primaria de los seis colegios de la zona de influencia del centro de salud Jerez-Centro, 293 escolares de 9 años. Esta edad escolar es un segmento muy energético, entusiasta y abierto a nuevas ideas, pueden actuar como agentes de cambio y por tanto transmitir las lecciones aprendidas.

Intervenciones: se propone la realización de una actividad de prevención primaria para promover la participación de los escolares en las acciones de estrategias para la seguridad del paciente.

Un elemento clave era la necesidad de la formación del profesorado, se facilitó texto con información

sobre la importancia lavado manos, qué enfermedades se previenen, como enseñar una buena técnica, (Wisconsin Division of Public Health, Department of Health and Family Services).

Se facilitan dos videos, "Lavarse las manos correctamente", que explica los pasos a seguir, y "A lavarse las manitas", imágenes de lavado al tiempo que suena una canción en el mismo sentido.

Resultados:

-El 100% de los colegios realizan actividad.

-El 95% de los niños participan en la actividad.

Conclusiones: la escuela es clave en las estrategias de educación en salud, se actúa sobre individuos en fase de formación física, mental y social, receptivos al aprendizaje, se extiende a toda la población y existe un efecto de reciprocidad entre padres, alumnos y profesores. Un método ideal es la clase ocasional con motivo del Día Mundial, y que los escolares pueden ser excelentes comunicadores cuando un tema les parece divertido y los envuelve.

Palabras Clave: Prevention (prevención), School (escuela), Health education (Educación en salud), Handwashing (lavado de manos).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Control de frecuencia cardiaca en pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca con disfunción sistólica severa

Charneca Contioso M¹, Caballero Delgado G¹, Vega Quirós C², Domínguez Rodríguez E³, Retegui García de Quesada G⁴, Lacal María E⁵

¹Médico Residente Medicina de Familia. CS de Bormujos (Sevilla)

²Médico Residente Medicina de Familia. CS Castilleja (Sevilla)

³Médico Residente de Familia. CS Espartinas. Sevilla

⁴Médico Especialista en Cardiología. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

⁵Médico Residente de Familia. CS de Tomares (Sevilla)

Título: Control de frecuencia cardiaca en pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca con disfunción sistólica severa.

Objetivo: valorar el adecuado control de la Frecuencia Cardíaca (FC) en pacientes de nuestra área sanitaria en seguimiento específico por disfunción sistólica severa en consultas de cardiología.

Diseño: estudio descriptivo de tipo serie de casos.

Emplazamiento: consultas externas de cardiología de un hospital comarcal.

Población y muestra: se seleccionaron 43 pacientes diagnosticados de Insuficiencia cardiaca (IC) con disfunción sistólica severa cuya fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) <35 %.

Intervenciones: consulta historias clínicas.

Resultados: de los 43 pacientes, la media de edad fue de 71 años. El 16,3% fueron mujeres. La FC media de estos pacientes fue de 75 spm, analizándolos por subgrupos dependientes del tratamiento que realizan, la FC media en pacien-

tes sin toma de B-Bloqueantes es 69 spm, con B-Bloqueantes a dosis bajas es 75 spm, y a dosis altas es 80 spm, y de los que toman Ivabradina 68 spm. De todos, el 65% estaban en ritmo sinusal. El 18% tenían implantado marcapasos o DAI. El 18% presentaban clase Funcional I de la NYHA. 72% NYHA II, 9% NYHA III. El 98% tenía antecedentes de Cardiopatía isquémica. Solamente al 2.32% se le había introducido Ivabradina.

Conclusiones: en pacientes con IC actual o anterior y una FEVI ≤ 35 %, se recomienda el tratamiento con un B-bloqueante. Ensayos aleatorios han demostrado que ello conduce a la mejoría de los síntomas, la hospitalización y reduce la supervivencia mejorada en muchos pacientes con IC y disfunción sistólica. En caso de mal control de la FC y a dosis elevadas con estos fármacos se puede valorar la introducción de Ivabradina. La FC en reposo elevada es un factor de riesgo cardiovascular. La IC tiene elevada morbilidad y mortalidad. La reducción de la FC en la IC podría ser beneficiosa, entre otras razones, para atenuar el efecto del déficit energético del miocardio.

Palabras Clave: Heart Failure, Heart Rate, Ventricular Dysfunction.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

La mujer y el DIU, una relación íntima

Sánchez Mariscal D¹, Ramírez Robles R², González Fábrega A¹, Rodríguez Bravo I³, García Tirado M³, Vides Batanero M²

¹Médico Adjunto Medicina de Familia. CS Almanjáyar. Granada

²Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS Almanjáyar. Granada

³Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia. Granada

Título: La mujer y el DIU, una relación íntima.

Objetivo: evaluar grado de satisfacción de la mujer que utiliza DIU como método anticonceptivo en Atención Primaria (AP).

Diseño: descriptivo transversal por encuesta.

Emplazamiento: AP, CS urbano, zona transformación social.

Población y muestra: 40 encuestas de mujeres que usan DIU como método anticonceptivo. Criterios de exclusión: mujeres que no desearon rellenar la encuesta.

Intervenciones: A las mujeres a las que se les había colocado DIU en el 1º semestre del 2012, se les realizó encuesta al acudir a su revisión. El cuestionario recoge 11 ítems relacionados con la calidad de la asistencia sanitaria, recursos ofrecidos a la mujer y calidad de la información recibida. Los ítems son: conocimiento del personal que le pone el DIU (médico/ginecólogo), nivel de competencia profesional, tiempo dedicado a resolver dudas, calidad de información, demora de citación, instalaciones y respeto a la intimidad. La validez cuestionario muestra buena fiabilidad (cronbach 80%) y factorial de 4 componentes que explica 71% de varianza: factor 1 (calidad tangible en instalaciones, intimidad, cita y información), factor 2 (información centrada en paciente),

factor 3 (profesional tipo y competencia) y factor 4 (accesibilidad relacionada con demora). Análisis descriptivo preliminar.

Resultados: el 65,7% sabe que el médico es médico de familia, el 34,3% piensa que es ginecólogo. El 72% califican como muy competente al profesional, un 27,8% como competente. El tiempo para resolver dudas está muy bien/bien (75%/25%). La información recibida sobre complicaciones, el 97,2% piensa que está muy bien/bien y un 3% regular. Sobre la documentación entregada (consentimiento) 99% opina que explica muy bien/bien todo lo necesario para conocer este método, un 8,3% piensa que la facilidad para comprender la información es regular. La mitad opinan que el tiempo de demora es regular y un 47% malo/muy malo. En cuanto al respeto por la intimidad, el 91,7% piensa que está muy bien/bien aunque el 8,5% da una valoración negativa.

Conclusiones: de forma preliminar la mayoría de las usuarias del DIU están satisfechas con la información recibida, el tiempo dedicado para dudas, instalaciones y competencia del profesional. Hay que cuidar más la intimidad del paciente limitando la entrada de personas en la sala así como ampliar las citas dedicadas a DIU.

Palabras Clave: intrauterine device, patient satisfaction, quality asistencia.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Realizamos correctamente la profilaxis de anemia ferropénica en el embarazo?

Domínguez Márquez A¹, Guerrero Durán E¹, Manzanares Rodríguez L², Martínez Chamorro A², Toral Sánchez J²

¹Médico de Familia. CS Palma Palmilla. Málaga

²Médico Residente. CS Palma Palmilla. Málaga

Título: ¿Realizamos correctamente la profilaxis de anemia ferropénica en el embarazo?

Objetivo: valorar si las prescripciones de hierro en el embarazo se ajustan a los criterios del Proceso Asistencial Integrado del SAS.

Diseño: descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: CS urbano emplazado en una zona de transformación social.

Población y muestra: total de mujeres que inician su embarazo durante el año 2011.

Intervenciones: obtenemos los datos del registro de mujeres embarazadas de nuestro centro de salud, de la historia digital de salud Diraya y del laboratorio del hospital de referencia.

Resultados: el total de gestantes fue 212, de edades comprendidas entre 15-38 años: caucásicas 78.3%, sudamericanas 0.5%, Europa del este 6.6%, africanas 3.3%, marroquíes 6.1%. De ellas el 26.4% eran fumadoras. 47.2% realizó un buen con-

trol de embarazo, 20.28% mal control, 5.66% sufrió aborto espontáneo, 12.33% fueron derivadas a alto riesgo, 0.47% realizó IVE y el resto estaba pendiente de cita. Del total, un 79.2% realiza profilaxis con ácido fólico + yodo. No se encontró ninguna mujer con indicación de hierro en el 1^{er} trimestre, aunque se prescribió dicho fármaco a 8 mujeres. En el 2^o trimestre, 17 tenían indicación, prescribiéndose a 33. Se pautó a 26 embarazadas en el tercero, estando indicado en 20.

Conclusiones: 212 mujeres: en 37 mujeres procede la prescripción de hierro, estando en tratamiento 27 de ellas. En 131 no estaba indicado y realizaron tratamiento 33. Existen 44 mujeres en las que no podemos decidir si procede o no, por pérdidas en las analíticas.

Existe una inadecuada prescripción de Hierro en el embarazo, que no se ajusta a los criterios establecidos en el Proceso Asistencial Integrado del SAS, tanto por defecto como por exceso.

Palabras Clave: anemia (anemia), iron-deficiency (ferropenia), pregnancy (embarazo).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Encuentros clínicos en los servicios de urgencias hospitalarias. Modelo multidimensional e integral de resultados

García López E¹, García Tirado M², Cortés Valverde AI², Perán Urquizar C³, Jiménez Rodríguez I⁴, García Maturana A⁵

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS La Chana. Granada

²Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia. Granada

³Médico Residente de Medicina de Familia. CS Zaidín-Sur. Granada

⁴Médico Residente de Medicina de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

⁵Médico Residente de Medicina de Familia. CS Huétor-Tajar (Granada)

Título: Encuentros clínicos en los servicios de urgencias hospitalarias. Modelo multidimensional e integral de resultados.

Introducción: los cuidados y servicios centrados en el paciente han mostrado mejorar la satisfacción y resultados clínicos, dotando a las organizaciones de una orientación humanista y legitimada socialmente. Estos estudios son escasos en el área de urgencias, ámbito del médico de familia.

Objetivo: evaluar la satisfacción del usuario con los resultados de los encuentros clínicos en los servicios de urgencias hospitalarias (SUH). Explorar un modelo multidimensional de factores moduladores de satisfacción que integra aspectos comunicacionales, elementos tangibles e intangibles inherentes al encuentro y factores contextuales relacionados con el médico, pacientes y perfil del encuentro.

Diseño: descriptivo observacional.

Emplazamiento: multicéntrico. SUH.

Material y métodos:

Población: personas atendidas en cuatro SUH públicos. Se excluyeron usuarios con dificultades para ser entrevistados. Tamaño muestral para confianza del 95% precisión del 6% y porcentaje esperado de satisfacción del 50% será de 500 usuarios que se asignarán a cada hospital proporcional a sus poblaciones de referencia. El muestreo será por conveniencia y consecutivo seleccionando 2 semanas al azar del último semestre de 2012 y 3 días/semana/ hospital.

Mediciones: al alta del usuario del SUH se recabarán datos de la historia clínica y se realizará entrevista personal mediante cuestionario (53 ítems). El pilotaje del cuestionario realizado en junio de 2012 en 100 usuarios mostró Cronbach del 98% y factorial con 11 componentes que explicaron el 78% de la varianza.

Las dimensiones y las variables que las integran serán: - Satisfacción con resultados: 14 variables (1-5: muy satisfecho-nada satisfecho) sobre: (1) resolución de la demanda (2) procedimientos realizados (3) trato médi-

co (4) calidad de información (5) logro de expectativas (6) Recomendación del médico y SUH y (7) (Valoración global a médico y al SUH (1-10).

- Moduladores de satisfacción:

- Comunicación en el encuentro clínico (16 variables de 1-5): (1) Calidad comunicacional del médico (2) Calidad de información (3) Comunicación centrada en paciente.

- Elementos tangibles: tiempo objetivo, subjetivo, confortabilidad, intimidad de instalaciones y trato no médico.

- Elementos intangibles: (1) preferencias en cuidados centrado en médico vs paciente (16 ítems de 1-5), (2) expectativas previas sobre médico y SUH y modelo ideal de buen médico y de buen SUH (4 preguntas abiertas).

- Elementos contextuales: (1) Perfil médico (edad, sexo, categoría profesional). (2) Perfil del encuentro clínico (demanda, procedimientos activados, Juicio diagnóstico, resolución al alta y tipo de estancia). (3) Perfil del usuario (sociodemográfico, de salud y frecuentación de servicios sanitarios).

Análisis: Univariante. Bivariante. Multivariante. Considerando variables predictores/independientes (moduladores de satisfacción) y dependientes (satisfacción con resultados).

Limitaciones: no respuesta, sesgo de deseabilidad social.

Aplicabilidad: proporcionar un modelo de conocimiento multidimensional y explicativo de satisfacción expresada, calidad percibida y preferencias comunicacionales poco estudiado siendo de aplicación a la gestión de servicios sanitarios.

Aspectos ético-legales: consentimiento informado (ya usado en pilotaje), procedimientos para protección de datos y aprobación por comité de ética.

Palabras Clave: Patient satisfaction (satisfacción paciente), Doctor/patient relationship (Relación médico-paciente), Communication (Comunicación), Hospital emergency service (Servicio de urgencias de hospital), Outcomes (resultados), Questionnaires (Cuestionarios).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Percepción de violencia de género entre adolescentes

Serrano Rodríguez L, Terriza Fernández N, Pineda Dorado D, García Resa O

Médico de Familia. CS de Estepa (Sevilla)

Título: Percepción de violencia de género entre adolescentes

Introducción: la adolescencia es uno de los grandes e importantísimos acontecimientos al que se enfrentan las mujeres y los hombres desde su nacimiento. Esta etapa se configura como uno de los ejes fundamentales que va a condicionar la manera de pensar, de actuar y de relacionarse en la vida adulta.

Dada la problemática social que supone la violencia de género y la importancia que tiene la adolescencia en la formación de actitudes y creencias favorecedoras de la misma, el presente estudio está orientado al descubrimiento de las actitudes que tienen nuestros adolescentes ante este tipo de violencia.

Objetivo:

1. ¿Existen actitudes en los adolescentes que fomenten la violencia de género?
2. ¿Realizar sesiones sobre violencia de género e información que hace que estas actitudes desaparezcan?

Diseño: ensayo controlado aleatorizado.

Emplazamiento: alumnos de 2º de ESO de un área rural.

Material y métodos: se realizará a cada uno de los grupos un cuestionario inicial validado que consta de 20 preguntas relacionadas con la violencia de género proporcionado por un colectivo Liberación, además

de 8 preguntas iniciales de identificación personal y de situación familiar.

Talleres de 45 minutos de participación activa y siguiendo la Guía para Adolescentes sobre Violencia de Género realizada por un grupo de psicólogos de la comunidad de Madrid. (10).

Posteriormente se volverá a realizar el mismo cuestionario en ambos grupos para identificar posibles modificaciones en actitudes.

Se realizará precodificación previa de cada individuo para aparear los cuestionarios iniciales y finales.

Criterios de exclusión: Aquellos alumnos/as que presenten minusvalías o enfermedades que afecten al nivel de comunicación y comprensión y que presenten incapacidad o grave dificultad para cumplimentar personalmente el formulario.

Aplicabilidad: si deben realizarse intervenciones específicas en adolescente e integrarlo en Forma Joven o por el contrario podría ser un gasto de recursos y personal.

Aspectos ético-legales: se estima que solamente un pequeño porcentaje (1% máximo) de alumnos no participen en el estudio por enfermedad o rechazo paterno dado que la asistencia a clase es controlada y forma parte de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.

Palabras Clave: violencia genero, adolescentes, educación.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Habilidades de comunicación y entrevista clínica en los estudiantes de los distintos grados de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Valencia (UCV)

Ferrández Antón T¹, Ferreira Padilla G², Baleriola Júlvez J³

¹Estudiante de 4º de Medicina. Grupo de Investigación "ComunVista" (UCV): Alumna colaboradora

²Estudiante de 4º de Medicina. Grupo de Investigación "ComunVista" (UCV): Investigador en Formación. Diplomado en Fisioterapia, Universidad de La Laguna, XIX Promoción, 2005-08 (S/c de Tenerife)

³Médico de Familia. Doctor en Medicina. EAP La Vall D'Uixó, Castellón. Profesor de la UCV. Grupo de Investigación "ComunVista" (UCV): Coordinador.

Título: Habilidades de comunicación y entrevista clínica en los estudiantes de los distintos grados de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Valencia (UCV).

Introducción: la entrevista clínica (EC) supone una herramienta básica y de vital importancia durante la práctica asistencial diaria, sea cual sea la especialidad médica o profesión sanitaria desarrollada; siendo capaz de resolver hasta el 90% de los problemas de salud durante la consulta. Este proyecto resulta de gran utilidad para que todos los estudiantes de los diversos Grados de Ciencias de la Salud (CCSS) entiendan, al inicio de sus estudios, la necesidad de realizar una asistencia "humanizada", así como la relevancia de tal herramienta, al mismo tiempo que servirá a los docentes que imparten asignaturas sobre Habilidades de Comunicación (HC) y EC para, por un lado, reconocer precozmente las limitaciones que los estudiantes puedan tener en esta materia, y por otro, potenciar tales HC de aquellos estudiantes que ya las tengan integradas de manera innata. Cabe destacar que en países como Estados Unidos, la gran mayoría de denuncias médicas son debidas a falta de comunicación, quizás, con un adecuado entrenamiento en EC y HC, este tipo de demandas se reduciría.

Objetivo: se diseñó este proyecto con el fin de valorar el perfil comunicacional y descubrir las opiniones y actitudes que tenían inicialmente, sobre la EC, los estudiantes de los distintos Grados de CCSS impartidos en la Universidad Católica de Valencia (UCV).

Diseño: estudio observacional, descriptivo.

Emplazamiento: Facultad de Enfermería, Fisioterapia, Logopedia, Medicina, Odontología, Podología, Psicología y Terapia Ocupacional de la UCV.

Material y métodos:

Criterios de inclusión: estudiantes del primer y segundo curso de los distintos Grados de CCSS de la UCV,

matriculados por primera vez en asignaturas sobre HC y EC.

Criterios de exclusión: recibir docencia acerca de HC y EC y realizar prácticas sanitarias en centros de salud u hospitales, habiendo tenido contacto con pacientes. **Número de sujetos necesarios:** todos los matriculados por primera vez en las asignaturas de docencia de EC, se prevé que la muestra será entre 1000 y 1240 estudiantes. **Muestreo de intención.**

Intervención: a todos los estudiantes del primer y 2º curso de los distintos Grados de CCSS y previamente a recibir docencia sobre HC y EC, se les invitará a responder un cuestionario anónimo y autocumplimentado; con el que valoraremos el perfil comunicacional (mediante preguntas generales, y los test de Asertividad de Rathus y Escala de Comportamiento de Cambridge de Empatía), así como aspectos varios sobre la EC. Siendo las variables a estudiar: cualidades básicas para desarrollar una adecuada EC (asertividad, calidez, concreción, empatía y respeto) y HC (mediante los test anteriormente nombrados).

Análisis estadísticos: estadísticos descriptivos, comparación de medias (t-student) y análisis factorial de las variables.

Limitaciones: por las características de la población y del estudio, se estima que las limitaciones sean escasas o nulas.

Aplicabilidad: este proyecto supondrá una fuente de información válida, extensa y general para conocer el perfil comunicacional de los estudiantes de Grados de CCSS. Además, servirá para orientar a los docentes que impartan conocimientos sobre HC y EC a la hora de diseñar las Guías Docentes.

Aspectos ético-legales: todos los participantes deberán firmar una autorización para la realización del cuestionario.

Palabras Clave: Doctor-patient relationship, Teaching, Communication.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Intervención educativa en hipertensión arterial; factor de riesgo más importante del ICTUS

Jiménez Ruiz J, Merino De Haro I, Quiroz Mattsson D

Médico de Familia. CS La Zubia (Granada)

Título: Intervención educativa en hipertensión arterial; factor de riesgo más importante del ICTUS.

Introducción: el cumplimiento en hipertensos es del 7-66% y su grado de control, del 46.7 %. Esto es mejorable con educación sanitaria.

Objetivo: analizar la eficacia de una intervención educativa para la adherencia o cumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos de alto riesgo cardiovascular, así como el control de cifras tensionales.

Diseño: ensayo clínico controlado aleatorizado con un seguimiento de 12 meses.

Emplazamiento: centro salud metropolitano.

Material y métodos:

Sujetos: pacientes de entre 50 y 65 años con alto riesgo cardiovascular (RCV), pertenecientes al Programa HTA de Diraya, con presión arterial (PA) $>130 / 80$ ≥ 2 veces durante el último año y usuarios de internet ≥ 3 veces a la semana. Además tendrán que cumplir en la "escala Morisky de Adherencia a Medicamentos de 8 puntos (MMAS-8)" una puntuación de <6 puntos.

Formación de grupos: Los pacientes con los criterios de inclusión serán sometidos a aleatorización estratificada por sexo para asignarse al grupo control (GC) o grupo de intervención (GI).

Intervención: El tiempo de intervención será de 9 meses; durante este período, el GC recibirá igual número de visitas que el GI; realizándose éstas cada 3 meses. La

intervención en el GC será consejo verbal individual. En el GI se aplicarán 3 modalidades de interacción individual con los participantes: modalidad individual presencial, según MODELO PRECEDE cada 3 meses; interacción individual por email cada 15 días y grupal por Facebook.

Criterios de evaluación del estudio. Variable dependiente: "adherencia o cumplimiento terapéutico": medida según MMAS-8 y recuento de comprimidos. "Control de cifras tensionales": medida según PA. Variables independientes: "personalidad", "datos demográficos": (nivel de estudios, estado civil, situación laboral), "inercia terapéutica", "número de antihipertensivos", "clase de antihipertensivos" y "combinado de antihipertensivos a dosis fija".

Las mediciones se realizarán al principio de la intervención y al finalizar ésta: PA, MMAS-8 y recuento de comprimidos. En el caso del RCV, se medirá según SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) a los 3 meses de la intervención.

Análisis estadístico: univariante, bivalente y multivariante.

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.

Palabras Clave: adherencia a la medicación, hipertensión, educación sanitaria.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Estudio sobre la prescripción de opiáceos mayores en Atención Primaria: indicación, coste y efectos secundarios

Guzmán Ruiz M¹, Mora Moscoso R², Delgado Mediano C¹, Gea Rodríguez L³, Morales Luque M⁴, Martos López E⁴

¹Médico Residente 3^{er} año Medicina de Familia. CS El Valle. Jaén

²Médico Residente 3^{er} año Anestesia y Reanimación. Jaén

³Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

⁴Farmaceútica. Distrito Jaén

Título: Estudio sobre la prescripción de opiáceos mayores en Atención Primaria: indicación, coste y efectos secundarios.

Introducción: el dolor es una experiencia sensorial y emocional compleja que afecta en gran medida la calidad de vida de pacientes y familiares. Cada vez es más frecuente el uso de opiáceos mayores en Atención Primaria, por lo que se pretende valorar su indicación, coste y secundarismos. El dolor incrementa por cinco la utilización de servicios sanitarios y supone una importante carga en costes sanitarios. Los opiáceos son la base del tratamiento para el dolor crónico severo. Se diseña un estudio retrospectivo (cohorte histórica) valorando los pacientes que consumen opiáceos mayores en todos los centros de salud de Jaén capital durante 2011, mediante un muestreo sistemático (215 pacientes, alfa 5%, beta 90%; se amplía la muestra un 5% para evitar el sesgo de información). Se auditan las historias clínicas recogiendo las variables de estudio, y se procesarán los datos para ofrecer un estudio descriptivo y un posterior comparación en función del opiáceo prescrito.

Objetivo:

Objetivo principal:

- Valorar la prescripción de opiáceos mayores en Atención Primaria.

Objetivos secundarios:

1. Conocer el perfil del paciente que consume opiáceos mayores.
2. Determinar el coste-eficacia del uso de estos analgésicos en Atención Primaria.
3. Cuantificar los efectos secundarios de esta medicación.

Diseño: se realizará un estudio descriptivo retrospectivo mediante una cohorte histórica.

Se recogerán de la historia clínica digital Diraya las siguientes variables de cada paciente: edad, sexo, activo/pensionista, incapacidad temporal, antecedentes personales, pertenencia a ZNTS, frecuentación sanitaria en 2011 (número de consultas a medicina/enfermería/ avisos domiciliarios/Consultas a Urgencias e ingresos hospitalarios); Prescripción de opiáceos ma-

yores (tipo/dosis/duración/vía de administración/precio (nº de envases 2011); secundarismos/indicación del tratamiento (tipo de dolor/enfermedad/uso de escala de valoración del dolor/quién prescribe/y dosis diaria definida (DDD)); uso de otros fármacos analgésicos/coadyuvantes: AINES/Antidepresivos/antiepilépticos; y Número de fármacos activos.

Emplazamiento: se incluirán todos los centros de salud de una zona urbana (Jaén capital) que incluyen una población total de 116.781 habitantes de los cuales un 20% viven en zonas necesitadas de transformación social (ZNTS). La población diana está compuesta por toda la población mayor de 14 años que hayan consumido opiáceos mayores durante el año 2011, por cualquier motivo e independientemente de la duración o dosis del tratamiento. El número total se calcula en unos 487 pacientes. Se realizará un muestreo sistemático para elegir una muestra de 215 (con error alfa al 5% y un error beta al 90%).

Material y métodos: se valorará la normalidad de los datos y se realizará un estudio descriptivo inicial (media, mediana y desviación estándar para datos cuantitativos; proporciones para datos cualitativos). Se hará un estudio comparativo según el grupo de opiáceos prescrito (ANOVA para variables cuantitativas y Chi2 para cualitativas) con una significación $p < 0.05$.

Aplicabilidad: los resultados ayudaran a mejorar la calidad de la prescripción y del seguimiento de los opiáceos por parte del médico de familia.

Se pretende publicar en Atención Primaria (Factor de impacto 0.6).

Aspectos ético-legales: se solicita la aprobación del Comité de Ética de la Investigación y el permiso del Distrito Sanitario para acceder a las historias clínicas (según el artículo 14 de la Ley 41/2002). Se asegurará el anonimato de los participantes al no recoger el nombre ni datos identificativos en el archivo estadístico ni divulgar ningún tipo de información confidencial.

Palabras Clave: Primary Care, Analgesics, Opioid, Strong, Opioid, Iatrogenic Disease, Drug Costs.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Riesgo de fractura e indicaciones de tratamiento en pacientes postmenopáusicas atendidas en zona básica rural

Hernández Carmona A¹, López Torres G², Hernández Pérez de la Blanca M³, Osorio Martos C⁴

¹Médico de Familia. CS Baeza (Jaén)

²Médico de Familia. CS Cartuja. Granada

³Médico de Familia. CS Almanjáy. Granada

⁴Médico de Familia. CS La Chana. Granada

Título: Riesgo de fractura e indicaciones de tratamiento en pacientes postmenopáusicas atendidas en zona básica rural.

Introducción: la osteoporosis (OP) es la enfermedad metabólica ósea más frecuente en nuestra población, afectando de manera más común a mujeres, sobre todo postmenopáusicas. Revisar los conocimientos sobre el tema es una necesidad dada la alta prevalencia, las complicaciones, el gasto sanitario y social asociado.

Objetivo: en el momento actual en el que la necesidad del uso racional de los recursos es máxima, es pertinente: valorar en pacientes con tratamiento farmacológico para osteoporosis el riesgo para sufrir una fractura osteoporótica. Clasificándolas en alto, moderado, bajo riesgo. Siendo las de alto riesgo las únicas en la que de entrada sin más pruebas complementarias pueden ser subsidiarias de tratamiento. Utilizando para ello la aplicación informática FRAX® ofrecida por la OMS, que se puede utilizar con y sin DMO (densidad mineral ósea). Se puede acceder a ella gratuitamente y utilizando "Herramienta de cálculo" para país "España".

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud rural.

Material y métodos: la población de estudio son todas nuestras pacientes postmenopáusicas en tratamiento con fármacos para osteoporosis. A todas estas pacientes previo consentimiento informado, le pasaremos la escala FRAX® que estima la probabilidad absoluta de fractura osteoporótica mayor (fractura clínica vertebral, antebrazo, cadera, húmero) y para cadera en solitario a 10 años. Para este cálculo se tienen en cuenta los factores siguientes: edad, sexo, índice de masa corporal,

antecedentes de fractura previa y fractura de cadera de los padres, ser fumador actual, tratamiento actual con glucocorticoides, antecedentes de artritis reumatoide, presencia de factores de riesgo para presentar una OP secundaria, consumo de alcohol, y DMO del cuello del fémur (este último factor es opcional). Además preguntaremos a las mismas por el tiempo en años en tratamiento con dichos fármacos. Realizaremos análisis estadístico mediante paquete informático SPSS. Entre las limitaciones del test están que algunos factores de riesgo no están incluidos, no considera DMO de columna lumbar, no considera número, ni gravedad de fracturas vertebrales, no considera dosis, ni la duración de la exposición con corticoides, tabaco y alcohol. Existe posibilidad además de sesgo de memoria en relación a fractura en padres o resultados de DMO (si no hay informes previos). Además la cohorte que se utilizó para la creación de FRAX® hubo baja participación de la población española.

Aplicabilidad: es fundamental el correcto diagnóstico para el también correcto abordaje del problema. Haciendo de este modo más eficiente las intervenciones en salud-enfermedad. Minimizando costes y secundarismos de tratamientos. Mejorando al fin al cabo la seguridad del paciente.

Aspectos ético-legales: consideramos que éticamente no deben estar en tratamiento quien no está diagnosticado de OP. Por lo que abogamos por un correcto diagnóstico y tratamiento. Por lo que aquellas pacientes en tratamiento con medio-bajo riesgo se les deben de ofrecer la oportunidad para llegar a confirmar o descartar la enfermedad.

Palabras Clave: osteoporosis (osteoporosis), Osteoporotic fractures (fracturas osteoporóticas), Postmenopausal osteoporosis (osteoporosis postmenopáusica), densitometry (densitometría).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Estudio de prevalencia de prescripciones farmacológicas potencialmente inapropiadas en pacientes mayores en Atención Primaria

Shevnina N, Fernández Ochagavía E, Luque López C, Cámara Lima R

Médico Residente 3^{er} año Medicina de Familia. CS Albarizas. Marbella (Málaga)

Título: Estudio de prevalencia de prescripciones farmacológicas potencialmente inapropiadas en pacientes mayores en Atención Primaria.

Introducción: las prescripciones inapropiadas (PI) constituyen uno de los principales errores en el tratamiento de pacientes mayores, con una prevalencia estimada entre el 11-65%.

Para detectarlas aplicaremos los criterios STOPP/START (Screening Tool of Older Persons potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment).

Objetivo: determinar y analizar la prevalencia de las PI en pacientes ≥ 65 años en un CS urbano aplicando criterios STOPP/START.

Diseño: observacional transversal descriptivo.

Emplazamiento: CS urbano.

Material y métodos:

Sujetos del estudio: pacientes ambulatorios ≥ 65 años.

Criterios de inclusión: Inscrito en nuestro CS, ≥ 65 años, registro electrónico de diagnósticos y fármacos activos en Diraya.

Criterios de exclusión: institucionalización, hospitalización, fallecimiento.

Tipo de muestreo: Probabilístico sistemático.

Variables del estudio dependientes: PI expresada en número, PI clasificada según sistema fisiológico, fármaco implicado y patología de base.

Variables independientes: sexo, edad, número de enfermedades por paciente, índice de comorbilidad de Charlson, grupo de fármacos clasificados según Sistema de Codificación de Principios Activos, número de fármacos por paciente, número de visitas médicas anuales, número de prescriptores anuales.

Análisis estadístico: se realizará un análisis descriptivo, presentándose en frecuencias, intervalo de confianza (IC) y porcentajes para las variables cualitativas; las variables cuantitativas se presentarán a través de media e IC del 95% y desviación típica.

Para un análisis bivalente valoraremos las PI:

1) Como variables cualitativas dicotómicas. Para valorar su relación con las variables independientes cualitativas utilizaremos el chi cuadrado y para las cuantitativas aplicaremos regresión logística (t-Student).

2). Como variables cuantitativas: para valorar su relación con variables independientes cualitativas utilizaremos t-Student y análisis de varianza ANOVA y con las cuantitativas utilizaremos regresión lineal/correlación.

Análisis multivariante: para determinar relación estadística entre PI como variables dependientes cualitativas dicotómicas y variable independiente utilizaremos regresión logística multivariante. Para determinar relación estadística entre PI como variables dependientes cuantitativas y variables independientes utilizaremos regresión lineal multivariante.

Limitaciones del estudio: Generalización de los resultados (no especificamos el nivel asistencial donde se realiza la prescripción). El diseño no permitirá establecer relaciones causales entre los factores estudiados.

Aplicabilidad: la presencia de criterios STOPP/START como asistente automático electrónico podría ayudar en la toma de decisiones para incrementar la seguridad terapéutica y calidad de vida del paciente y reducir eventos adversos y costes sanitarios. Este estudio supone un reflejo de la situación en nuestra área y podría abrir líneas de investigación. El estudio es factible por poseer recursos (preparación teórica y apoyo profesional de la Unidad Docente y Tutores).

Aspectos ético-legales: en base a la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos y RD 1994/99, los nombres de los pacientes se codificarán numéricamente. El Comité de Ética del Distrito revisará el proyecto. Tras finalizar el estudio la base de datos será destruida.

Palabras Clave: Inappropriate prescription (prescripciones inapropiadas), elderly (anciano), STOPP/START criteria (criterios STOPP/START), Primary Care (Atención primaria).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Estudio de factores de riesgo cardiovascular e insuficiencia renal crónica desconocida en una población diversa y multicultural

Trujillo Gómez JM¹, Gil Aguilar V¹, Babkina T², Fernández Pérez S¹, Martín Salgado M², Piedra Zuing N²

¹Médico de Familia. CS Cuevas de Almanzora (Almería)

²Médico Residente Medicina de Familia. CS Cuevas de Almanzora (Almería)

Título: Estudio de factores de riesgo cardiovascular e insuficiencia renal crónica desconocida en una población diversa y multicultural.

Introducción: la prevalencia de insuficiencia renal en pacientes que acuden a centros de salud en España es desconocida y es una causa principal de muerte en Occidente. La proteinuria y la disminución del filtrado glomerular (FG) se asocian a una gran prevalencia de complicaciones cardiovasculares y en algunos casos se llega hasta la necesidad de diálisis o trasplante. En los próximos 10 años las personas en tratamiento renal sustitutivo aumentarán debido al envejecimiento progresivo de la población y al incremento de prevalencia de diabetes, hipertensión y obesidad. Pero ¿ocurrirá lo mismo con la población que se desplaza desde otras localizaciones del globo? ¿Asimilan nuestra cultura, costumbres y también enfermedades?

Objetivo: conocer en los diferentes estratos sociales de nuestro entorno la prevalencia de insuficiencia renal crónica (FG < 60 ml/min) en la población que acuda al centro de salud. Como objetivo secundario, conocer la prevalencia de enfermedad y riesgo cardiovascular asociados a enfermedad renal crónica.

Diseño: estudio epidemiológico descriptivo observacional. Muestreo estratificado por centros de salud de la zona y por capas de población emigrante (sub-saharianos, magrebíes, sudamericanos, asiáticos...), no probabilístico, seleccionando consecutivamente los dos primeros pacientes que acudan al centro de AP los días prefijados y según estratos prefijados.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y métodos:

Sujetos: pacientes de ambos sexos, >18 años, que consultan por cualquier motivo en el CS y den su consentimiento informado.

Criterios de exclusión: negativa a consentimiento.

Medidas: Datos biodemográficos y antropométricos, patología de riesgo cardiovascular, datos analíticos y tratamientos relacionados con la HTA, diabetes y dislipemia. Se utilizará la clasificación K/DOQI para definir los estadios de ERC. El FG se calculará con la fórmula MDRD abreviada o modificada con análisis de comparación con la de Cockcroft-Gault. Análisis estadístico: estudio de la relación entre variables sociodemográficas, de riesgo cardiovascular asociadas y resto de datos analíticos categorizados con los niveles de ERC mediante test chi-cuadrado de Pearson. En variables cualitativas ordinales, chi-cuadrado de tendencias. La relación entre las variables cuantitativas y ERC se estudia por el test de la t de Student para muestras independientes (Si distribución normal), en caso contrario test de la U de Mann-Whitney. Regresión logística para factores asociados a la ERC.

Limitaciones: dificultad para realizar el muestreo en estratos y conseguir heterogeneidad en la muestra. Falta de muestra en el caso de algún estrato poblacional. Dificultad a la hora de solicitar test o pruebas complementarias.

Aplicabilidad: mejorar el conocimiento de la ERC y de los factores de riesgo en población de nuestro entorno según los estratos de población y mejorar diagnósticos y tratamientos.

Aspectos ético-legales: no observamos ningún impedimento ético-legal. Se usará consentimiento informado.

Palabras Clave: Epidemiology (epidemiología), Chronic kidney disease (enfermedad renal crónica), Cardiovascular risk factors (factores de riesgo cardiovasculares).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Estudio cualitativo de factores culturales e higiénicos en relación a la salud en los diferentes estratos sociales y étnicos en pacientes que acuden a centro de salud

Trujillo Gómez JM¹, Gil Aguilar V¹, Piedra Zuing N², Fernández Pérez S¹, Babkina T², Martín Salgado M²

¹Médico de Familia. CS Cuevas de Almanzora (Almería)

²Médico Residente Medicina de Familia. CS Cuevas de Almanzora (Almería)

Título: Estudio cualitativo de factores culturales e higiénicos en relación a la salud en los diferentes estratos sociales y étnicos en pacientes que acuden a centro de salud.

Introducción: las condiciones en la consulta de Atención Primaria han cambiado en los últimos 15 años, durante los cuales han aumentado el número de pacientes que no comparten nuestra cultura y pertenecen a distintos grupos étnicos. Dichos pacientes responden a costumbres, gestos y percepción del binomio salud-enfermedad diferente al nuestro además de una percepción del servicio sanitario público diferente. Muchos de estos pacientes no se expresan en nuestro idioma y se hacen entender por señas con el aumento de posibilidad de errores en consulta que conlleva. ¿Estamos realmente preparados para atender a estos pacientes? ¿Qué opinan ellos de nosotros? ¿Nos ven como una ayuda o como una amenaza?

Objetivo: conocer aquellos factores culturales e higiénicos en relación a la salud en los diferentes grupos étnicos de que se compone la sociedad de nuestro entorno. Como objetivo secundario queremos conocer su percepción de salud y enfermedad y su relación con el sistema sanitario público.

Diseño: estudio cualitativo basado en una aproximación socio-subjetiva. Se tomarán pacientes pertenecientes a diferentes grupos étnicos (subsaharianos, magrebíes, asiáticos, sudamericanos y europeos) buscando la variabilidad en sus aportaciones, siguiendo una selección dirigida por los investigadores.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y métodos:

Sujetos: ambos sexos, mayores de 18 años, pertenecientes a los anteriores grupos étnicos que acuden al centro de salud.

Criterios de exclusión: dificultad idiomática excesiva o ausencia de traductor, enfermedad psíquica invalidante, negativa a la participación. Proponemos realizar 30 entrevistas personales con cuestionarios realizados por los investigadores y validados un equipo externo. Además se realizarán reuniones grupales por etnia y una reunión general donde se debatirán los aspectos más destacables del cuestionario. Se realizará un análisis inductivo-descriptivo interpretativo buscando riqueza y saturación de ideas en las aportaciones de los encuestados.

Limitaciones: comprensión y aceptabilidad del estudio por parte de los pacientes, dificultades idiomáticas, variabilidad y complejidad para la aplicación directa de los resultados en otras áreas.

Aplicabilidad: el conocimiento de la cultura y costumbres de nuestros pacientes mejorará la seguridad del paciente, la confianza y la relación con el médico en consulta además de disminuir malos entendidos y problemas interrelacionares con el personal sanitario.

Aspectos ético-legales: no se encuentran impedimentos ético-legales. Se solicitará permiso y se firmará consentimiento informado para realizar grabaciones de las entrevistas y toma de datos por escrito, aunque se mantendrá el anonimato de los participantes.

Palabras Clave: Qualitative study (estudio cualitativo), ethnics groups (grupos étnicos), peception of health (percepción de salud).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Calidad de vida del cuidador informal del paciente dependiente

Tavira Patón M¹T¹, Porcel Martín E¹, Del Río Caballero A², Ligeró Molina M², Aguilar Cano L³, Haro Haro L³

¹Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS Trinidad "Jesus Cautivo". Málaga

²Médico Residente 3º año Medicina de Familia. CS Trinidad "Jesus Cautivo". Málaga

³Médico Residente 2º año Medicina de Familia. CS Trinidad "Jesus Cautivo". Málaga

Título: Calidad de vida del cuidador informal del paciente dependiente.

Introducción: justificación y aplicabilidad: el estudio de la calidad de vida del cuidador informal del paciente dependiente, supone la puesta en marcha de mecanismos de afrontamiento y mejora en el trabajo que desempeñan como cuidadores, mejorando tanto en el ámbito físico como psíquico, lo que influirá directamente sobre la calidad de vida del cuidador y del paciente que requiere los cuidados.

Objetivo:

Principal: valorar la calidad de vida de cuidadores de pacientes dependientes. Secundarios: evaluar el grado de afectación físico y psíquico de los cuidadores de personas dependientes. Describir la sobrecarga que suponen los cuidados en las actividades de la vida diaria de los cuidadores. Estudiar si se percibe un aumento en la utilización de los servicios de salud por parte de los cuidadores. Comprobar el grado de afectación sobre las relaciones sociales y afectivas de los cuidadores.

Diseño: estudio cualitativo descriptivo de tipo fenomenológico.

Emplazamiento: centros de salud urbanos.

Material y métodos:

Sujetos: cuidadores captados por médico de Atención Primaria o enfermero, muestreo estructural, tamaño de muestra suficiente para obtener diversidad de datos e índice de saturación de respuestas.

Criterios de inclusión: cuidadores mayores de edad, experiencia en el cuidado ± 6 meses en pacientes con índice de Barthel ≤ 35 , parentesco directo con el paciente.

Criterios de exclusión: no firma de consentimiento informado. Entrevista semiestructurada videograbada con recogida de notas de campo. Enfoque EMIC.

Análisis por categorías: significado de calidad de vida, percepción del cuidador sobre su rol, consecuencias del rol sobre su salud física y mental, relaciones cuidador/persona cuidada, invisibilidad del trabajo del cuidador informal.

Limitaciones: no disposición listado de cuidadores, sesgos: de atención, de confirmación, de impacto, efecto del observador expectante, de la obsequiosidad; errores de medición y factores de confusión.

Aplicabilidad: justificación y aplicabilidad: el estudio de la calidad de vida del cuidador informal del paciente dependiente, supone la puesta en marcha de mecanismos de afrontamiento y mejora en el trabajo que desempeñan como cuidadores, mejorando tanto en el ámbito físico como psíquico, lo que influirá directamente sobre la calidad de vida del cuidador y del paciente que requiere los cuidados.

Aspectos ético-legales: firma del consentimiento informado, hoja informativa, confidencialidad.

Palabras Clave: calidad de vida (quality of life), cuidadores (caregivers), dependencia (dependency).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Impacto de los factores clínicos, funcionales y sociales en el tiempo hasta el reingreso de los pacientes pluripatológicos

Coronado Vázquez V¹, Saavedra Bazaga O², Galbarro Muñoz J³, Martínez García T³, Ibáñez Camacho C⁴, Merino Castro M⁵

¹Médico de Familia. AGS Norte de Huelva. Riotinto

²Médico Residente de Familia. AGS Norte de Huelva. Riotinto;

³Médico Internista. Hospital de Riotinto. Huelva

⁴Enfermera. Hospital de Riotinto. Huelva

⁵Enfermero. Hospital de Riotinto. Huelva

Título: Impacto de los factores clínicos, funcionales y sociales en el tiempo hasta el reingreso de los pacientes pluripatológicos.

Introducción: los pacientes pluripatológicos por su fragilidad clínica presentan múltiples ingresos hospitalarios. Este estudio se justifica por la necesidad de conocer el impacto de las enfermedades crónicas, la situación funcional y el apoyo social de estos pacientes en los reingresos y desarrollar así intervenciones dirigidas a disminuirlos.

Objetivo:

General: Analizar el impacto de la comorbilidad, la situación funcional y el apoyo social de los pacientes pluripatológicos en el tiempo hasta el reingreso tras el alta hospitalaria.

Específicos:

1. Determinar el tiempo transcurrido desde el alta hasta el primer reingreso no programado.
2. Estudiar la relación con factores sociodemográficos y número de ingresos previos.

Diseño: estudio de cohortes prospectivo.

Emplazamiento: Atención Primaria y hospitalaria.

Material y métodos:

Sujetos: pacientes pluripatológicos según criterios del Proceso Asistencial de Andalucía, que reciben el alta hospitalaria por un ingreso no programado desde el 1 de noviembre del 2012 hasta el 31 de octubre del 2013. Muestreo consecutivo.

Se estima que un 35% de los ingresados en nuestro Hospital tienen pluripatología, aproximadamente 416 pacientes-año.

Cada paciente se incorpora al estudio el día del alta y es seguido hasta su primer reingreso o un tiempo máximo de un año.

Criterios de inclusión: pacientes pluripatológicos mayores de 18 años que den el consentimiento para participar.

Criterios de exclusión: pertenencia a otra área sanitaria. Enfermedad oncológica terminal.

Variable dependiente: reingreso hospitalario definido como primer ingreso por la patología de base tras un alta por cualquier categoría diagnóstica.

Variables predictoras: edad, sexo, comorbilidad, ingresos hospitalarios previos, situación funcional (Escala de Barthel), apoyo social (Escala Sociofamiliar de Gijón).

Análisis estadístico: se utilizarán las técnicas del análisis de supervivencia.

Para estimar la probabilidad de reingreso se realizará un análisis mediante el método de Kaplan-Meier que considera tanto la información de los pacientes que reingresan como la de aquellos con un tiempo censurado. Se calculará el intervalo de confianza del 95%. Para comparar curvas de supervivencia por comorbilidad, estado funcional y apoyo social se usará la prueba de Log Rank y se evaluará la magnitud de la diferencia entre dos curvas con la razón de tasas.

Mediante el modelo de riesgos proporcionales de Cox con variables dependientes del tiempo se efectuará un análisis multivariado con los predictores de reingresos que hayan resultado significativos en el análisis estratificado.

Limitaciones del estudio: Se puede producir un sesgo de selección al tratarse de un Hospital Comarcal que atiende una población rural. Se realizará un análisis de las no respuestas y las pérdidas durante el seguimiento.

Aplicabilidad: conocer el impacto de factores clínicos, funcionales, y sociofamiliares sobre el reingreso va a permitir poner en marcha intervenciones comunitarias orientadas a reducirlo.

Aspectos ético-legales: el proyecto será presentado al Comité de Ética del Hospital para su aprobación. Se informará a los pacientes sobre las ventajas e inconvenientes del estudio. Se solicitará el consentimiento informado para participar.

Palabras Clave: Hospital readmission (ingreso hospitalario), Polypathology (pluripatología), Social problems (problemas sociales).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Interrupciones voluntarias del embarazo y patologías mentales asociadas en 6 zonas básicas de salud

Lopez Muñoz C¹, Ortiz Puertas T², Serrano Peña I³

¹Médico Residente. CS Federico del castillo. Jaén

²Médico Residente. CS Belén y San Roque. Jaén

³Médico Residente. CS Virgen de la Capilla. Jaén

Título: Interrupciones voluntarias del embarazo y patologías mentales asociadas en 6 zonas básicas de salud.

Introducción: la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un tema de actualidad y cuya legislación está cambiando continuamente, por lo que se han planteado diversos estudios para conocer los efectos en las mujeres que se someten a ésta. Sin obviar el número de abortos que se realizan de forma ilegal.

Objetivo: conocer la necesidad de tratamiento psicológico en las mujeres a las que se les ha realizado una IVE en los 6 meses posteriores a la realización de ésta. Estudiar la evolución del número de interrupciones voluntarias del embarazo en las zonas de estudio, su distribución por edades, patologías mentales previas, tipo de tratamientos recibidos y zona de residencia.

Diseño: transversal de asociación cruzada o cohorte histórica.

Emplazamiento: 6 zonas básicas de salud del área urbana de Jaén.

Material y métodos: mujeres de la provincia que se les haya realizado una IVE.

Criterios inclusión: mujeres de edad comprendida entre 15 y 45 años de la provincia de estudio a las que se les haya realizado una IVE durante los años 2003 a 2010.

Criterios exclusión: aborto espontáneo y antecedentes personales de patología trombogénica favorecedora de aborto (ej. Sd. Antifosfolípido). La fuente de datos serán los registros de las solicitudes de IVE existentes en la provincia, para ello se contactará con los trabajadores sociales. Se incluirán a todas las pacientes registradas por lo que no se hará un cálculo del tamaño muestral necesario. Variables independientes: edad,

número de IVEs, centro de salud, médico, diagnósticos de salud mental previa, toma de psicofármacos, consultas de urgencias relacionadas con la IVE, consumo de drogas, residencia en zona de transformación social. Variable dependiente: intervención psicológica (derivación a salud mental o prescripción de tratamiento ansiolítico y/o antidepresivo) en los 6 meses posteriores a la realización de la IVE.

Análisis: descriptivo de los datos, media y desviación típica para cuantitativas y proporciones para cualitativas. Se realizará un análisis bivariante mediante la comparación de medias con la prueba t de Student o ANOVA y el test de la X² para variables cualitativas. Limitaciones del estudio: La principal limitación es el SESGO DE INFORMACIÓN que pueden contener las historias clínicas, el no registro de las interrupciones realizadas de forma ilegal y la dificultad de seguimiento posterior a la IVE.

Aplicabilidad: conocer la relación entre enfermedades mentales, consumo de tóxicos y las IVE, nos permitirá realizar una adecuada cobertura en el seguimiento de las pacientes. Así mismo ver la terapia realizada sobre las pacientes nos permitirá mejorar en este campo. Por otro lado ver la tendencia de edad y las características de las pacientes que se someten a una IVE nos servirá para realizar prevención primaria en distintos ámbitos de la comunidad.

Aspectos ético-legales: el proyecto de investigación será evaluado por la Comisión de Ética e Investigación Sanitarias del Hospital de referencia. Tanto el diseño como el desarrollo del trabajo se ajustarán a las normas de buena práctica clínica (art. 34 RD 223/2004; directiva comunitaria 2001/20/CE) y a la protección de datos personales (LOPD 15/1999 de 13 de diciembre).

Palabras Clave: voluntary interruption of pregnancy (interrupción voluntaria del embarazo), legal abortion (aborto legal), primary care (Atención Primaria).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Influencia de los medios de comunicación en la aceptación de la vacuna frente al virus papiloma humano (VPH)

Cabo López A¹, Vargas Fuentes A²

¹Médico Residente 4º año Medicina de Familia y Comunitaria. CS San Andres-Torcal (Málaga)

²Médico Residente 4to año Medicina de Familia y Comunitaria. CS Puerta Blanca. Málaga

Título: Influencia de los medios de comunicación en la aceptación de la vacuna frente al virus papiloma humano (VPH).

Introducción: la cobertura vacunal contra el papiloma humano en Andalucía es muy baja; sin embargo, hay pocos estudios que hagan referencia a las posibles causas de la baja aceptación de la vacuna, así como de la influencia de los medios de comunicación en la decisión de los padres de no vacunar a sus hijas. La influencia de los medios en el proceso de vacunación no ha sido analizada en detalle.

Objetivo: establecer la repercusión de los medios de comunicación en la decisión de los padres de no vacunar a sus hijas frente al VPH.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Atención Primaria, Centro de Salud (CS).

Material y métodos:

Sujetos: Adolescentes que durante el año 2011 les hubiese correspondido la administración según calendario vacunal vigente de la vacuna-VPH, y que no tengan registrada la dispensación de ninguna dosis de la vacuna en la Historia de Salud Digital.

Criterios de inclusión: haber nacido en 1997, no tener administrada ninguna dosis de la vacuna-VPH durante el año 2011, con adecuado nivel del idioma para comprender el cuestionario y que firmen consentimiento informado.

Criterios de exclusión: adolescentes con pauta incompleta de la vacuna-VPH (1 ó 2 dosis).

Muestreo: muestreo probabilístico aleatorio simple.

Mediciones e intervenciones: Una vez obtenida la muestra, se contactará con los padres y se les proporcionará un cuestionario autoadministrable y el documento de

consentimiento informado. Constará de cuatro partes con preguntas referentes a datos socio-demográficos de los padres y conocimientos previos respecto a la vacuna-VPH, conocimientos sobre la infección del VPH y su vacuna, tipo de información recibida por parte del personal sanitario y de la influencia de los medios de comunicación.

Análisis estadístico: análisis descriptivo de las variables recogidas en el estudio, usando la media, proporción y la desviación estándar con el intervalo de confianza al 95%. Se usará análisis bivalente, usando los test estadísticos Chi-cuadrado y ANOVA, en función de las variables. Posteriormente se realizará un análisis multivariante de las variables que hayan demostrado una asociación significativa en el análisis bivalente, utilizando el modelo de regresión lineal múltiple.

Limitaciones del estudio: el cuestionario está desarrollado por el investigador, tratando de ceñirse a la realidad sociocultural y del entorno en donde se llevará a cabo el estudio; pero algunas preguntas necesitarán mayor precisión. El cuestionario presentado es experimental y no cuenta con referentes concretos en los que basarse, por lo que se podría producir un sesgo de información. Sólo se tiene en cuenta la opinión de los padres.

Aplicabilidad: con el desarrollo de este estudio se pretende demostrar la influencia de los medios de comunicación en la sociedad y en temas tan fundamentales como la salud preventiva y familiar, para poder aprovechar dichos medios como herramientas canalizadoras de futuras intervenciones de promoción de salud.

Aspectos ético-legales: se les administrará un consentimiento informado en un lenguaje asequible. Se ofrecerá información pertinente de forma no directiva. Los participantes tendrán autonomía para interrumpir el estudio si lo desean.

Palabras Clave: Papilloma virus, acceptance, vaccine.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Efectividad de una intervención cognitiva en creencias sobre los medicamentos para mejorar la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos tipo 2

Atienza Martín F¹; Ortega Blanco J²; López Aguilar J³; Losada Ruiz C¹; Rodríguez Fernandez L⁴; Gil Cañete A²

¹Médico de Familia. UGC Adoratrices. Distrito Sanitario Huelva-Costa (Huelva)

²Médico de Familia. UGC Molino de la Vega. Distrito Sanitario Huelva-Costa (Huelva)

³Médico de Familia. Distrito Sanitario Huelva-Costa Huelva

⁴Departamento de Psicología. Universidad de Huelva

Título: Efectividad de una intervención cognitiva en creencias sobre los medicamentos para mejorar la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos tipo 2.

Introducción: la adherencia al tratamiento se relaciona con las creencias sobre los medicamentos.

Objetivo: estudiar la efectividad de una intervención cognitiva basada en la terapia de aceptación y compromiso (ACT) sobre el cambio positivo de las creencias sobre los medicamentos de pacientes diabéticos tipo 2, y la influencia de este cambio sobre el cumplimiento terapéutico y el control metabólico de esta enfermedad.

Diseño: ensayo clínico aleatorizado, abierto con grupo control.

Emplazamiento: centros de salud urbanos.

Material y métodos:

Sujetos de estudio: diabéticos tipo 2 en tratamiento con fármacos orales.

Selección de la muestra: aleatoriamente, utilizando tabla de números aleatorios de la población incluida en el PAI diabetes. 900 pacientes para estudiar su adherencia. Estimando una prevalencia de incumplimiento del 40%, se encontrarán 360 incumplidores que serán aleatorizados en dos grupos, uno de intervención (180 pacientes) y otro control (180 pacientes), lo que permite estimar diferencias del 13% para un nivel de confianza del 95% y una potencia del estudio del 80%.

Intervención: tres sesiones grupales, dos horas de duración, con 10-15 participantes, con los siguientes contenidos:

- Presentación de los participantes y exposición de sus vivencias y temores.
- Información sobre la enfermedad, sus consecuencias y la importancia y efectos del tratamiento.
- Debate de las creencias y distorsiones cognitivas.
- Terapia de aceptación mediante la utilización de metáforas.
- Relajación mediante técnica de Schultz.

Variables estudiadas:

• Variables dependientes:

– Creencias sobre los medicamentos: cuestionario BMQ en su parte general y en su parte específica que analiza dos dimensiones: necesidad y preocupación.

– Adherencia terapéutica: cuestionario de Morisky-Green en la primera parte del estudio (selección de incumplidores). En el fase de ensayo clínico se valorará mediante la técnica del recuento de comprimidos, utilizando el porcentaje de incumplimiento: Número de comprimidos consumidos/ Número de comprimidos que debía haber consumido x 100. Consideramos normocumplidor aquel que obtiene entre el 80-110%, hipercumplidor al que obtiene >110% e hipocumplidor al que obtiene < 80%.

– Control metabólico de la diabetes: hemoglobina glicosilada (HbA1c).

• Variables independientes:

- Demográficas: edad y sexo.
- Número de fármacos: principios activos diferentes prescritos en el momento de la inclusión en el estudio y a los 6 y 12 meses después de la intervención.
- Complicaciones de la diabetes.
- Cardiopatía isquémica.
- Insuficiencia cardíaca.
- Enfermedad cerebrovascular.
- Nefropatía diabética.
- Retinopatía diabética.
- Pie diabético.
- Satisfacción con su médico: se medirá mediante el cuestionario PDQR-9.
- Salud percibida: se valorará mediante el cuestionario GHQ-12.
- Función familiar: se estudiará mediante el cuestionario APGAR-familiar.

Análisis estadístico:

• Descriptivo:

- Variables cuantitativas: media y desviación estándar.

- Variables cualitativas: frecuencias e intervalos de confianza al 95%.

• Inferencial:

- Análisis bivariante:
 - Prueba t para la diferencia de medias.
 - Ji-cuadrado para la diferencia de proporciones.
 - Correlación de Pearson para dos variables cuantitativas.
- Análisis multivariante:
 - Regresión logística binaria: variables cualitativas.
 - Regresión lineal simple: variables cuantitativas.

Aplicabilidad: mejora de la adherencia terapéutica.

Aspectos ético-legales:

- Consentimiento informado escrito para los participantes.
- Disociación de datos que impidan la identificación.
- Autorización por comité de ética de la investigación.

Palabras Clave: Adherencia terapéutica (Medication Adherence), Diabetes Mellitus (diabetes mellitus), Atención Primaria (primary care), Terapia cognitiva (Cognitive Therapy).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio ESFAUR: análisis descriptivo retrospectivo de fallecimientos en un área de servicio de cuidados críticos y urgencias

García Paine JP¹, Valero Roldán J², Fernández Cejas J², Villar Mena I², Márquez Gutiérrez E³, Paz Galiana J⁴

¹Médico Interno Residente 4º año. CS El Palo. Málaga

²Médico de Familia. Urgencias. Hospital Carlos Haya. Málaga

³Médico de Familia. CS Arroyo de la Miel. Benalmádena (Málaga)

⁴Médico Interno Residente 3º año. CS El Palo. Málaga

Título: Estudio ESFAUR: análisis descriptivo retrospectivo de fallecimientos en un área de servicio de cuidados críticos y urgencias.

Introducción: según diversos estudios, el 84% de las paradas cardiorrespiratorias (PCR) hospitalarias suelen venir precedidas, hasta en 8 horas, por signos y síntomas clínicos de empeoramiento. Los Sistemas de Alerta Temprana (SAT) se emplean para facilitar y acortar la identificación de este tipo de pacientes críticos e instaurar medidas correctoras. Entre ellos, creemos que el MEWS (Modified Early Warning System) se adapta mejor a nuestro entorno y resulta factible su implantación.

Objetivo: evaluar el riesgo de fallecimiento a través de variables establecidas en un sistema de alerta temprana en paciente ingresados en un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias así como otras variables predeterminadas.

Diseño: estudio epidemiológico, de corte transversal, retrospectivo, observacional y no intervencionista.

Emplazamiento: servicio de cuidados críticos y urgencias hospital de tercer nivel.

Material y métodos:

Sujetos: pacientes que hayan fallecido en el servicio de Urgencias y se encuentren registrados y acreditados por la encuesta de mortalidad interna durante el periodo comprendido entre los años 2010 y 2011.

Método: se evaluará la edad, el sexo, el motivo de ingreso, la medicación pautaada, causa de fallecimiento

y diferentes constantes vitales, signos y síntomas que determinen el nivel de estratificación en la clasificación del paciente identificado a su llegada a urgencias y registrados en los programas informáticos usados para pacientes que entran en el Área de Policlínica y aquellos pacientes ingresados en el Área de Observación (Diraya y UCIX respectivamente). Validación del método MEWS (Modified Early Warning System) como sistema de alarma temprana. Valorar si se cumplen las recomendaciones de 2005 para la reanimación cardiopulmonar y el grado de cumplimiento de la Ley de muerte digna.

Aplicabilidad: mediante el manejo de los Sistemas de alerta Temprana se podría establecer el nivel de riesgo de presentar un paciente una parada cardiorrespiratoria y/o fallecimiento en el ámbito hospitalario, por lo que su implantación aportaría mayor efectividad en cuanto a nuestra actuación médica para descender así un número de muertes evitables.

Aspectos ético-legales: el estudio se realiza bajo los principios éticos básicos según la Declaración de Helsinki, asegurándose la niveles más altos de conducta profesional, una absoluta confidencialidad de los pacientes, siendo un derecho del paciente fundamental. Se seguirá en todo momento la legislación nacional aplicable en materia de protección de datos donde sólo las personas autorizadas tendrán acceso a detalles personales que pudieran identificar al paciente si los procedimientos de verificación de datos lo requiriesen.

Palabras Clave: death (fallecimiento), Heart Arrest (paro cardíaco), MEWS.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Satisfacción del médico de familia de Atención Primaria en su centro de salud en un distrito sanitario

García Simino A¹, Lima da Costa M², Gómez Gómez E¹, Morales Mármol M¹, Rodríguez Macías M³, Pedregal González M⁴

¹Médico Residente 4º año Medicina de Familia. Distrito Sanitario de Huelva

²Médico Residente 3º año Medicina de Familia. Distrito Sanitario de Huelva

³Médico de Familia. UGC Los Rosales. Huelva

⁴Médico de Familia. Técnico de la Unidad de Gestión Docente de Huelva

Título: Satisfacción del médico de familia de Atención Primaria en su centro de salud en un distrito sanitario.

Introducción: el Síndrome de Burnout se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Se consideran tres grandes aspectos: el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización profesional. Obtendremos información sobre la satisfacción del Médico de Familia de Atención Primaria (AP) en su centro de salud, su percepción del sistema sanitario y plano psicoafectivo.

Objetivo: determinar la satisfacción del Médico de Familia de AP tanto en su actuación diaria en su centro de salud y con respecto a la elección de su especialidad, así como si existen problemas psicoafectivos.

Diseño: observacional descriptivo.

Emplazamiento: todos los centros de salud y unidades de gestión clínica de un distrito sanitario.

Material y métodos: todos los Médicos de Familia de Atención Primaria y Médicos Internos Residentes (MIR) de Medicina Familiar y Comunitaria en formación de todos los centros de salud de un distrito sanitario.

Variables: edad, sexo, situación laboral contractual, años trabajando en su centro de salud actual, si es tutor o no de residentes, si pertenece a un centro de salud urbano o rural, si obtención del título de Medicina Familiar es vía MIR, y si es personal MIR. Variables recogidas mediante un cuestionario con 28 ítems de respuestas cerradas tanto

dicotómicas como escala Likert. Previamente a su distribución pasará una prueba de jueces y pilotado en un centro de salud urbano. Se recogerán los datos e incluidos en una base de datos en el programa informático SPSS.

Para la variable edad y años trabajados en su centro de salud utilizaremos media y desviación típica. Para el resto usaremos porcentajes. Para comparar medias de edad y años trabajados con el resto de variables cualitativas utilizaremos el Test de la T para muestras independientes de dos medias, y el análisis de la varianza (ANOVA) para más de dos medias. Y para comparar las variables cualitativas el test de la Chi-cuadrado. Se calculan intervalos de confianza al 95% y el nivel de significación estadística se establece en 0.05. En todos los casos se verificarán las condiciones de aplicación.

Las limitaciones son que el profesional no participe, la no correcta cumplimentación del cuestionario, carencia de estudios previos similares y la posible influencia de la situación económica actual.

Aplicabilidad: Visión amplia sobre la satisfacción general del profesional, y si con ello se pueden aplicar medidas de mejora individuales o grupales.

Aspectos ético-legales: se respeta la normativa vigente en cuanto a protección de datos de carácter personal y estudios de investigación en humanos. Asimismo, se presentará al Comité de Ética de investigación para su valoración y aprobación. Se entregará al profesional hoja informativa y se pedirá su consentimiento informado por escrito.

Palabras Clave: burnout (quemado), satisfaction (satisfacción), labour stress (estrés laboral).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

EPOC en Atención Primaria: ciclo evaluativo de mejora de calidad

Salido Morales I¹, Castro Fernández C², Aguado Taberné C³

¹Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS Santa Rosa. Córdoba

²Médico Residente 2º año Medicina de Familia. CS Santa Rosa. Córdoba

³Médico de familia. CS Santa Rosa. Córdoba

Título: EPOC en Atención Primaria: ciclo evaluativo de mejora de calidad.

Introducción: la evidencia acumulada permite identificar distintos tipos de pacientes con EPOC que responden de forma diferente al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Por ello la Guía Española de la EPOC (GESEPOC) ha hecho una aproximación a cada paciente basada en fenotipos que son “aquellos atributos que solos o combinados describen las diferencias entre individuos con EPOC, en relación con parámetros que tienen significado clínico (síntomas, agudizaciones, respuesta a tratamiento, velocidad de progresión de la enfermedad o muerte)”.

Esto supone un cambio en la forma de valorar a los pacientes con EPOC en la consulta del médico de familia. Por lo que se propone con este estudio es revisar y valorar si los pacientes diagnosticados de EPOC se mejorarían en cuanto a su tratamiento de ser clasificados en distintos fenotipos.

Objetivo

1. Reevaluar a los pacientes incluidos en el proceso de EPOC y valorar si pueden ser clasificados según los nuevos fenotipos que propone la guía GESEPOC.
2. Ver el tratamiento que están llevando a cabo dichos pacientes y si es adecuado según la nueva clasificación fenotípica.
3. Valorar la utilidad y factibilidad de usar esta clasificación en la consulta diaria del médico de familia.

Diseño: se realizará un ciclo evaluativo de mejora de calidad en el proceso de EPOC en la consulta de Atención Primaria

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Material y métodos: se establecerá un listado de los pacientes incluidos en el proceso de EPOC para cada cupo médico que participe en la evaluación de calidad. Posteriormente se reevaluará tanto desde la historia clí-

nica registrada en Diraya como entrevista clínica: antecedentes personales y familiares, tabaquismo, tratamiento realizado, reagudizaciones el año anterior, exploraciones complementarias realizadas, valoración por neumólogo. Una vez recogidos los datos clínicos, epidemiológicos, exploraciones complementarias, se llevará a cabo la clasificación de los pacientes según los fenotipos propuestos por la Guía GESEPOC: fenotipo agudizador, mixto asma-EPOC y enfisematoso.

Y además se valorará el tratamiento que tiene prescrito cada paciente y se correlacionará según el nuevo fenotipo clínico de EPOC con el que se ha clasificado. **Análisis de datos y discusión:** se realizará un análisis estadístico mediante programa SPSS versión 17.00 descriptivo (porcentajes y promedios) usando intervalos de confianza para 95%. Posteriormente se discutirán los datos obtenidos con el equipo médico para conocimiento del problema e implicación de nuevas medidas de mejora de calidad asistencial a nuestros pacientes con EPOC con el uso de clasificación fenotípica.

Aplicabilidad:

- Valorar que estamos haciendo con nuestros pacientes con EPOC y cómo podemos mejorar nuestra actuación clínica de acuerdo a las nuevas recomendaciones clínicas.
- Mejorar el proceso de EPOC, ya integrado en Diraya según las nuevas directrices de actuación de la guía GESEPOC.
- Ver en cuanto al tratamiento, la adecuación del mismo en cada tipo de paciente y valorar si hay mejoría clínica tras individualizarles el tratamiento según cada necesidad.

Aspectos ético-legales: tramitada la aprobación por el Comité de Ética Provincial de Córdoba y por el departamento de Calidad de Distrito Sanitario de Córdoba. Las entrevistas se realizarán tras firma del consentimiento informado (modelo de Consejería de Salud).

Palabras Clave: EPOC, fenotipos clínicos, calidad.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Modelo pronóstico y de predicción de mortalidad para pacientes pluripatológicos en Atención Primaria en Andalucía.

García Lozano M^aJ¹, Bohórquez Colombo P¹, Cuberos Sanchez A², Rodríguez Pappalardo V¹, Ortiz Camúñez M³, Pascual de la Pisa B⁴

¹Médico de Familia. UGC Camas. Sevilla

²Enfermera. Unidad de Investigación. Distrito Sanitario de Atención Primaria Aljarafe

³Médico de Familia. Directora UGC Camas. Sevilla

⁴Médico de Familia. Unidad de Investigación. Distrito Sanitario de Atención Primaria Aljarafe

Título: Modelo pronóstico y de predicción de mortalidad para pacientes pluripatológicos en Atención Primaria en Andalucía.

Introducción: los pacientes pluripatológicos (PPP) constituyen un segmento muy importante en la actividad asistencial de los médicos de familia que trabajan en Atención Primaria (AP). Pese a su demostrada fragilidad clínica, complejidad, elevada mortalidad y riesgo de deterioro funcional, actualmente carecemos de una herramienta integral de pronóstico vital así como de predicción de deterioro funcional aplicable a estos pacientes.

Objetivo: desarrollar una herramienta con capacidad de predicción pronóstica vital y funcional a dos años, aplicada a la población de pacientes pluripatológicos (PPP) en Atención Primaria de Andalucía.

Diseño: estudio prospectivo de cohortes simultáneas.

Emplazamiento: centros de salud rurales y centros de salud en zonas de necesidad de transformación social de Andalucía.

Material y métodos:

Población de Estudio: la población diana se constituirá con los sujetos adscritos al SSPA que cumplan con los criterios de PPP según el Proceso Asistencial Integrado "Atención al paciente pluripatológico". **Criterios de inclusión:** adulto mayor de 18 años y con consentimiento informado para participar. **Tamaño muestral:** 827 sujetos (p=20%; IC 95% 99%; pérdidas del 20%). **Muestreo:** probabilístico. **Variable resultado principal:** mortalidad al año y a los dos años. **Mediciones:** datos sociodemográficos, sociofamiliares, clínicos (morbilidad, hábitos tóxicos, antropometría, tensión arterial, perfil bioquímico básico, hemograma, tratamiento farmacológico), valoración funcional (Índice de Barthel, Lawton Brody y Test de Pfeiffer), Utilización de recursos sociosanitarios, calidad de vida (EuroQol-

5D). **Fuente de datos:** entrevista presencial estructurada e historia clínica.

Análisis estadístico: uni y bivalente según naturaleza de las variables. El índice PROFUND AP se desarrollará con factores sociodemográficos, clínicos y de valoración integral independientemente asociados a los tres puntos finales (muerte, deterioro funcional significativo y ambos). En la construcción del modelo de regresión logística, se incluirán las variables donde el análisis bivalente muestre asociación estadística con mortalidad y las variables que se consideraren de relevancia clínica, aunque carezcan de asociación estadística con mortalidad.

Para la puntuación de cada uno de los factores que se incluyan se utilizará la OR (exp (B)) utilizando los intervalos de confianza del 95%. Los puntos que se asignarán a cada factor resultarán de la división de su coeficiente beta del entre el coeficiente beta menor del modelo, redondeando al número entero más cercano. A cada paciente se le asignará un índice de riesgo (suma de las puntuaciones de todos los factores), y la cohorte se dividirá en cuartiles según los índices de riesgo. La precisión del nuevo índice se determinará mediante técnicas de calibración (curvas de supervivencia) y de discriminación (área bajo la curva ROC).

Aplicabilidad: la construcción de una herramienta que nos permita predecir cuáles son los PPP con mayor riesgo de mortalidad y/o deterioro funcional, permitirá articular estrategias de intervención y facilitar la toma de decisiones en Atención Primaria. La herramienta tendrá alta validez externa con lo facilitara su reproducibilidad.

Aspectos ético-legales: dictamen favorable del Comité de la investigación clínica local.

Palabras Clave: Comorbidity, Mortality, Primary Health Care.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Opinión y actitudes de los tutores y residentes de MFyC sobre la relación médico paciente y la entrevista clínica

Reche Padilla A¹, Martín Cabrera M², López de la Cova A³, Moreno Martos H¹, Pedregal González M⁴, Valverde Bolívar F⁵

¹Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Almería Periferia. Almería

²Medicina Familiar y Comunitaria. UGC San Felipe. Jaén

³Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Virgen de la Capilla. Jaén

⁴Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Medicina de Familia Huelva

⁵Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Medicina de Familia Jaén

Título: Opinión y actitudes de los tutores y residentes de MFyC sobre la relación médico paciente y la entrevista clínica.

Introducción: la comunicación es una competencia esencial para el médico, mejora la adherencia, satisfacción y resultados en salud de los pacientes. Indagar en las percepciones que los médicos tienen sobre ella, sobre su aprendizaje, puede aportar nuevos criterios para los planes formativos a nivel de residencia y de formación continuada.

Objetivo:

1. Conocer la opinión de los tutores y residentes de MFyC sobre la comunicación como herramienta y competencia esencial del médico.
2. Conocer la opinión sobre cómo aprende el residente comunicación y entrevista clínica.

Diseño: estudio cualitativo, mediante grupos focales.

Emplazamiento: se realiza en Atención Primaria, tres provincias Andaluzas.

Material y métodos:

Criterios de selección: Médicos de Familia tutores, y residentes de MFyC, se captan a través de las diferentes Unidades Docentes.

Diseño Muestral: Se realizará un muestreo intencional formando 6 grupos, 2 por provincia de 8 sujetos (4 tutores y 4 residentes, uno de cada año), un moderador y un observador.

Técnica de recogida de información: a través de grabaciones, transcripción posterior y notas que recoge el observador. Se hará una sesión por cada grupo, de 60 minutos de duración, donde se realizarán preguntas abiertas sobre:
-La importancia de la comunicación en la relación médico-paciente.

-El aprendizaje de comunicación de los residentes.

-La influencia de tutores en residentes.

Análisis: se transcribirán literalmente todas las palabras y expresiones de los participantes. Se establecerá la

selección de categorías y variables. Posteriormente se realizará una triangulación de categorías en cada variable codificada, llevando a una redefinición parcial o total de las categorías en una segunda codificación, para alcanzar definitivamente una definición última de cada categoría elegida. Por último, se realizará la obtención y verificación de resultados mediante la categorización y en el análisis definitivo de los datos a través de la triangulación de todo el proceso entre el equipo investigador, para aumentar la credibilidad, consistencia y estabilidad de los datos resultantes. Se utilizará el programa nodus vivo. Falta de representatividad. Se intentará evitar mediante un muestreo intencionado asegurando una participación de los diferentes profesionales y estratificando por año y sexo. Se reevaluará la pertinencia de cada grupo en un ejercicio de circularidad.

Sesgo de información si los participantes interpretan la entrevista como una charla sanitaria más, sin tener la conciencia de ser importantes sus opiniones, se hará especial hincapié en la relevancia de su participación. No exponer sus opiniones y creencias por efecto de deseabilidad social. Pensamos que al ser grupos de personas que trabajan en el mismo lugar y existir confianza entre los profesionales esta problemática será menor.
Aplicabilidad: conocer la opinión del médico sobre la comunicación con el paciente y su aprendizaje nos hará confeccionar mejores programas formativos.

Aspectos ético-legales: el proyecto será evaluado por el comité de investigación del distrito, y cumplirá los criterios de privacidad establecidos por la ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre y la ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica.

Palabras Clave: Comunicación (Communication), Medicina Familiar y Comunitaria (Family Practice), Relaciones Médico-Paciente (Physician-Patient Relations), investigación cualitativa (Qualitative Research).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Embarazo en adolescentes. Impacto en la calidad de vida, repercusión sociofamiliar y nivel socioeconómico

Pérez Luna M^aT¹, Gómez Velasco A², Prieto L², García Tirado M³, de los Ríos Álvarez A³

¹Médico Residente 2º año Medicina de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia. Granada

²Médico Residente de 3er año de Medicina de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia. Granada

³Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia. Granada

Título: Embarazo en adolescentes. Impacto en la calidad de vida, repercusión sociofamiliar y nivel socioeconómico.

Introducción: el embarazo en menores de 20 años es frecuente en determinadas áreas poblacionales. El estilo de vida y desarrollo socioeconómico repercuten en la salud y las esferas familiar, laboral y social de las mujeres en la gestación y en años posteriores. Las jóvenes gestantes se enfrentan a desafíos únicos: la adolescencia y su embarazo. La maternidad precoz es cuestión de salud pública, y un fenómeno social que exige al médico de familia el uso de estrategias de comunicación para explorar barreras, actitudes y creencias de la adolescente. La actitud frente al embarazo adolescente ha perseguido tradicionalmente su prevención, sin atender a las necesidades de la futura madre. Comprender sus experiencias y comportamientos durante el embarazo y el periodo posparto contribuiría a mejorar la Atención Primaria a estas mujeres.

Objetivo: describir el impacto percibido a corto y medio plazo, la calidad de vida y la percepción de salud en madres adolescentes de diferentes zonas en comparación con adolescentes sin antecedentes de embarazo.

Diseño: estudio observacional, grupos de comparación.

Emplazamiento: estudio multicéntrico en centros de Atención Primaria: 3 centros de salud en zona

con necesidades de transformación social, 1 en zona urbana y 2 rurales.

Material y métodos: dos grupos: 150 adolescentes embarazadas y 150 no embarazadas. Excluidas quienes declinen participar o no obtengan autorización de su tutor legal. Fuentes de información: historia clínica digital y entrevista individual semiestructurada. Mediciones e intervenciones: Aproximación cualitativa al impacto vivenciado y cuantitativa a la calidad de vida, apoyo social percibido, situación familiar y redes de apoyo social. Análisis estadístico descriptivo, comparación de proporciones, análisis multivariante de desigualdades entre grupos. Limitación del estudio: sesgo de selección.

Aplicabilidad: elaboración de perfiles de riesgo de adolescentes basados en el impacto del embarazo precoz, planificación de intervenciones de promoción de salud y constitución de grupos focales para asegurar una atención integral a madres adolescentes.

Aspectos ético-legales: aprobación por el comité de ética provincial. Consentimiento informado imprescindible para participar. Autorización de tutor legal para menores de edad. Tratamiento confidencial de la información.

Palabras Clave: Adolescence (adolescencia), Pregnancy (embarazo), Social support (apoyo social), Motivations (motivaciones).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Relación entre el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2 y la calidad de vida de los pacientes.

Ortiz Puertas T, Araque de los Riscos L, Jiménez Herrera M, Peralta Prieto G, Rus Jiménez A

Médico Residente de Medicina de Familia. CS Belén y San Roque. Cádiz

Título: Relación entre el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2 y la calidad de vida de los pacientes.

Introducción: la diabetes constituye un importante problema de salud por su alta prevalencia y elevada morbilidad y mortalidad, suponiendo en España unos 2.500 millones de euros anuales en costes directos de la atención sanitaria. Se estima que la prevalencia de retinopatía en nuestra zona es del 34%, siendo del 20% al diagnóstico de diabetes e incrementándose al 25% a los 5 años y 60% a los 10 años. La calidad de vida de los pacientes es algo fundamental y más en una patología con afectación multiorgánica y de sentidos tan relevantes como la visión.

No debemos olvidar la importancia de la percepción de la calidad de vida que cada paciente tiene, ya que va a marcar la evolución de su enfermedad.

Objetivo: conocer la calidad de vida de los pacientes diabéticos con retinopatía. Conocer la relación entre el control metabólico y la progresión de la retinopatía.

Diseño: cohortes (2008-2014).

Emplazamiento: zona básica de salud

Material y métodos:

Población: pacientes DM2 con retinopatía diabética diagnosticada desde 2008 hasta la actualidad (casos prevalentes) y nuevos diagnósticos hasta 2014 (casos incidentes).

Muestra: para una prevalencia esperada de retinopatía del 34% con una confianza al 95% y una precisión del 5%, se necesitarán estudiar a 384 pacientes, que se seleccionarán de forma aleatoria.

Variables: datos sociodemográficos del paciente, calidad de vida (cuestionarios SF-36 y esDQOL), grado de retinopatía diabética, tratamientos, HbA1c; tiempo

de evolución de DM, neuropatía, disfunción sexual, hipertensión arterial, nefropatía diabética, infarto de miocardio, centro de salud y Médico de Familia. Se realizarán controles semestrales/anuales de las principales variables.

Los datos se recogerán de la historia digital y mediante entrevista clínica.

Análisis de datos: se realizará un análisis descriptivo de los datos, un análisis bivalente (X2 para cualitativas, T-student o ANOVA para comparar medias). Para conocer la influencia sobre la calidad de vida (dependiente) se realizará un análisis de regresión lineal múltiple.

Limitaciones del estudio: sesgo de selección por pérdidas en el seguimiento y sesgo de información.

Aplicabilidad: conocer la relación entre la evolución de la diabetes y de la retinopatía y la percepción de calidad de vida que el paciente tiene contribuirá a un abordaje directo sobre las preocupaciones de éste sobre su enfermedad. Conocer la relación entre la evolución de la diabetes y sus complicaciones permitirá el adecuado seguimiento y la adaptación del screening a cada una de ellas. Además permitirá una mayor concienciación del paciente sobre su enfermedad, mejorando su actitud ante ella.

Aspectos ético-legales: el proyecto de investigación será evaluado por la Comisión de Ética e Investigación Sanitarias del Hospital de referencia (según normativa del RD 223/04). Tanto el diseño como el desarrollo del trabajo se ajustarán a las normas de buena práctica clínica (art. 34 RD 223/2004; directiva comunitaria 2001/20/CE) y a la protección de datos personales (LOPD 15/1999 de 13 de diciembre. BOE 14 de diciembre de 1999).

Palabras Clave: Diabetes Mellitus type 2 (Diabetes Mellitus tipo 2), Quality of life (calidad de vida), Metabolic control (control metabólico), Retinal Diseases (retinopatía).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Impacto de la implantación de una guía antimicrobiana interniveles sobre la prescripción antibiótica, las resistencias bacterianas y los ingresos hospitalarios por infecciones

Rodríguez Pappalardo V¹, Fernández Urreusuno R², Serrano Martino C³, Corral Baena S³, Martínez Granero M¹, Pascual de la Pisa B⁴

¹Médico de Familia. UGC Camas. Sevilla

²Técnico del medicamento. DSAP Aljarafe

³Farmacéutica. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

⁴Médico de Familia. Unidad de Investigación DSAP Aljarafe

Título: Impacto de la implantación de una guía antimicrobiana interniveles sobre la prescripción antibiótica, las resistencias bacterianas y los ingresos hospitalarios por infecciones.

Introducción: el desarrollo de programas locales de prevención de resistencias bacterianas y mejora del uso de antimicrobianos es una prioridad de Salud Pública promovida por las Autoridades Sanitarias.

Objetivo: valorar la efectividad de la implantación de una guía terapéutica antimicrobiana interniveles, basada en la evidencia y en los patrones locales de resistencias, en la optimización de la calidad de la prescripción de antimicrobianos, la mejora de los porcentajes de resistencias bacterianas y la disminución de ingresos hospitalarios por complicaciones de infecciones tratadas en Atención Primaria o urgencias.

Diseño: estudio cuasi-experimental antes-después.

Emplazamiento: multicéntrico Atención Primaria, urgencias hospitalarias y extrahospitalarias, consultas externas, odontología, residencias ancianos.

Material y métodos:

Población a estudio y mediciones:

a) Evaluación de la calidad de la prescripción (porcentaje de consumo de antibióticos de elección, tasas de consumo, indicadores de calidad y variabilidad en la prescripción de antimicrobianos): médicos/pediatras/odontólogos de un distrito sanitario y médicos/pediatras de urgencias del hospital de referencia, exclu-

yendo aquellos con menos del 40% de días laborales trabajados en periodo de estudio.

b) Análisis de la adecuación de la prescripción: sujetos de cualquier edad y género adscritos al distrito con prescripción de antimicrobianos en receta oficial en el periodo de estudio, excluyendo aquellos con ausencia de historia clínica informatizada, farmacia privada y mutualidades.

c) Estudio de resistencias bacterianas: sujetos ambulatorios adscritos al distrito con procesamiento de muestra para análisis microbiológico en el laboratorio de referencia excluyendo las muestras con dudoso procesamiento preanalítico.

d) Análisis de ingresos hospitalarios: sujetos con ingresos hospitalarios por complicaciones de infecciones, en el periodo de estudio.

Tamaño muestral: universo poblacional (de facultativos o pacientes), excepto para el estudio de la adecuación de la prescripción (se estimará una adecuación del 50%, nivel de confianza del 95% y precisión del 5%, más el 20% de posibles pérdidas). Muestreo aleatorio simple.

Implantación de la guía: presentación de la guía en jornada interniveles; difusión mediante sesiones formativas y difusión en intra e Internet.

Análisis estadístico: uni y bivalente según naturaleza de las variables. Regresión logística para localizar los factores predictores de la inadecuación de la utilización de antibióticos.

Limitaciones del estudio: se analizarán sólo los datos de prescripción prescritos en recetas del Sistema Nacional de Salud. Se asumirá un buen cumplimiento terapéutico. Para corregir el infrarregistro en historia clínica se revisarán las historias hospitalarias y se entrevistarán a los profesionales sanitarios. Por el tipo de diseño y ausencia de grupo control, no es posible asegurar que los resultados sean consecuencia únicamente de la intervención.

Periodo de estudio: los datos de adecuación de la prescripción y los resultados en salud serán evaluados tres años antes y tres después de la intervención.

Aplicabilidad: el proyecto contribuirá a mejorar el uso de antimicrobianos lo cual redundará, a lo largo del tiempo, en la disminución de aparición de cepas resistentes y en una menor probabilidad de adquisición de infecciones complicadas por los ciudadanos.

Aspectos ético-legales: dictamen favorable del Comité de la investigación clínica local.

Palabras Clave: Anti-Bacterial Agents, Primary Health Care, Emergencies, infection, Drug Prescriptions.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia, características y entorno familiar de la violencia de género contra el hombre en la población andaluza

Lucena León M1, Pérez Milena A2

¹Médica de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia. Jaén

²Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia. Jaén

Título: Prevalencia, características y entorno familiar de la violencia de género contra el hombre en la población andaluza.

Introducción: el maltrato contra las mujeres es un problema sociosanitario con una prevalencia estimada a partir de denuncias y muertes que se calcula en la última macroencuesta de 2011, en una de cada 3 o 4 mujeres mayores de 14 años. Dato que también coincide con lo estimado por la OMS, ONU y diversos estudios de prevalencia realizados en España. Esta magnitud ha determinado sensibilización y formación respecto a este problema y coordinación interinstitucional con el desarrollo de legislación tanto a nivel nacional como en nuestra comunidad autónoma andaluza. Una parte de la población duda de su buen uso por parte de las mujeres y reclaman la falta de protección legal en el caso del maltrato a hombres, de ahí el surgimiento de asociaciones de hombres maltratados. Este estudio pretende conocer si existe maltrato a los hombres y necesidad de concienciación social y legal del problema, según prevalencia encontrada.

Objetivo: determinar la prevalencia de la violencia de género sobre hombres en la población urbana andaluza. Valorar el tipo de maltrato, el perfil del maltratado y las características familiares. Validar dos cuestionarios de cribado usados para la población femenina.

Diseño: estudio descriptivo de asociación cruzada mediante cuestionario.

Emplazamiento: tres centros de salud urbanos con una población de 50.000 habitantes, de diferente extracción social/económica.

Material y métodos: hombres que acuden a su médico de familia por cualquier motivo, con elección aleatoria y estratificada por centros de salud (según listado de citas). Exclusión: sin pareja estable (tres meses anteriores),

patología psiquiátrica grave. Se recoge edad, profesión, nivel de estudios y económico, la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST) y el cuestionario MT (malos tratos). Muestra de 98 varones con cuestionario de maltrato positivo (alfa 5%, precisión 3%, prevalencia 2%, pérdidas 15%) y 98 controles sin maltrato de igual edad. En caso de indicar cualquiera de los dos un posible caso de maltrato se programará una entrevista para confirmar dicho diagnóstico, realizando estudio familiar (genograma, test Apgar Familiar y test DUKE-UNC de apoyo social). Análisis descriptivo (software R) valorando la normalidad de los datos y medidas de tendencia central/dispersión (intervalos de confianza al 95%), relacionadas con las prevalencia de violencia de género. Análisis de regresión logística para valorar las relaciones con el maltrato (variable dependiente) con el resto de variables. Concordancia entre ambos test con el índice de Kappa; validez de criterio de ambos cuestionarios mediante el cálculo de sensibilidad, especificidad, valores predictivos y cocientes de probabilidad; capacidad discriminativa de los cuestionarios mediante el cálculo del área bajo la curva ROC. Limitaciones: sesgo del observador y deseabilidad social.

Aplicabilidad: se desea disponer de unas herramientas validadas y un perfil del hombre maltratado para su uso en la clínica diaria.

Aspectos ético-legales: se contempla la normativa para la investigación biomédica y el derecho a la confidencialidad (Ley 15/1999), siendo aprobado por el CEIC local. Se explica la naturaleza de la investigación y se solicita consentimiento informado al participante. Los datos se guardan en un archivo anónimo, custodiado por los investigadores.

Palabras Clave: Atención Primaria (Primary Care), violencia doméstica (Domestic Violence, relaciones familiares (Family Relations).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Valoración del manejo y diagnóstico de disfunción eréctil (DE) en Atención Primaria

Romero Morilla S¹, Ferreira Rebelo J¹, Pastor Toral M²

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)

²Médico de Familia. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)

Título: Valoración del manejo y diagnóstico de disfunción eréctil (DE) en Atención Primaria.

Introducción: la disfunción eréctil (DE) tiene una prevalencia entre el 19 y el 70%, recibiendo atención médica solo un 10% y tratamiento un porcentaje menor aún (por tabú, restricción cultural, aceptación como situación normal y falta de confianza en un tratamiento eficaz). Se asocia a enfermedades como diabetes, hipertensión, enfermedad vascular perif, pudiéndose comportar como síntoma "Centinela" en las mismas. También se relaciona con depresión, consumo de tabaco, alcohol, drogas y tratamientos (Tiazidas, Betabloqueantes, Anti-depresivos, Benzodiazepinas, Digoxina, Gemfibrozilo).

Objetivo: conocer los métodos de diagnóstico de DE utilizados por los médicos. Conocer la prevalencia de la enfermedad y su relación con enfermedades cardio-vasculares.

Diseño: descriptivo transversal, de asociación cruzada.

Emplazamiento: una ZBS distribuida en dos núcleos urbanos y dos rurales.

Material y métodos

Población de estudio: todos los médicos de la ZBS que cuenta con 27 profesionales y 386 pacientes (prevalencia esperada 50%, nivel de confianza 95%, precisión 5%). La información de los pacientes se recogerá de la historia clínica digital y la de los médicos mediante encuesta.

Variables: de los pacientes se recogerán datos sociodemográficos y clínicos (factores de riesgo, enfermedades y tratamientos). Para los médicos se recogerán datos sociodemográficos, profesionales y métodos de diagnóstico mediante un cuestionario ad-hoc. El análisis

de los datos se realizará con el paquete estadístico SPSS versión 15.0. Se comprobará la normalidad de las variables con el test de Kolmogorov-Smirnov. Nivel de significación $\alpha=0.05$. Se realizará un análisis descriptivo de las principales variables (medidas de tendencia central, dispersión y posición para las cuantitativas, y frecuencias para las cualitativas). El test T de Student para muestras independientes o el correspondiente test no paramétrico de Mann-Whitney para las variables cuantitativas. Para las variables cualitativas, se calculará el test chi-cuadrado de Pearson o test de Fisher.

Limitaciones: sesgo de memoria en las encuestas pasadas a los médicos. Sesgo de información en la recogida de los datos de las historias clínicas.

Aplicabilidad: conocer el manejo y los métodos diagnósticos empleados por los médicos permitirá mejorar la detección de la enfermedad y aumentar el diagnóstico DE repercutiendo en una mayor calidad de vida al paciente.

Aspectos ético-legales: se tendrá en consideración 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 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. Se asegurará el anonimato de los sujetos y confidencialidad de los datos. Se obtendrá el consentimiento informado por escrito, tanto de los médicos como de los pacientes, y deberá ser aprobado por los Comités de Ética e Investigación de referencia del Distrito Sanitario/Hospital de referencia.

Palabras Clave: disfunción eréctil-AP, marcador de salud, síntoma centinela, métodos diagnósticos. Erectile Dysfunction. Primary Health Care.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Combinación de AINEs y opiáceos en el manejo del cólico renal agudo: una analgesia segura y de calidad

Rodríguez Cuadros TB¹, López Martín R², Bonilla García J², López Martín I³¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS La Cañada. Almería²Médico Residente de Anestesiología. Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería³DUE. Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Título: Combinación de AINEs y opiáceos en el manejo del cólico renal agudo: una analgesia segura y de calidad.

Introducción: el cólico nefrítico es un problema habitual en la práctica clínica. Se puede manifestar por los síntomas clásicos y hematuria, pero también pueden ser asintomáticos o presentar síntomas atípicos. El diagnóstico es predominantemente clínico por lo que es útil un manejo terapéutico precoz. Se han utilizado para el tratamiento del cólico nefrítico agudo tanto AINEs (antiinflamatorios no esteroideos) como opiáceos, no encontrando diferencias en sus resultados. La combinación de ambos grupos supone un sinergismo en cuanto alivio del dolor, disminuyendo los efectos adversos de ambos grupos farmacéuticos.

Objetivo: comparar la eficacia analgésica de la combinación de dextetopofeno + morfina frente a dextetoprofeno + metamizol en el tratamiento del cólico renal agudo.

Diseño: estudio prospectivo, doble ciego, aleatorizado y controlado.

Emplazamiento: urgencias generales hospital tercer nivel.

Material y métodos:

Población y muestra: pacientes que acuden al servicio de urgencias de hospital de tercer nivel.

Criterios de inclusión: pacientes de entre 18 y 55 años, diagnóstico clínico de cólico renal agudo, valoración del dolor: EVA (escala visual analógica) ≥ 7 o por lo menos "dolor severo" en escala verbal del dolor (EVD).

Criterios de exclusión: contraindicación para AINEs u opiáceos, alergia a dextetoprofeno, historia de dependencia a drogas. Presencia de peritonitis. Uso de analgésicos en las 6 horas previas a acudir a urgencias. Sospecha de hidronefrosis, piodonefrosis o pielonefritis. Fiebre $>38^\circ$. Presencia de cálculo obstructivo en radiografía o ecografía abdominal.

Tamaño muestral: considerando que la prevalencia del cólico nefrítico es 5%, con una precisión del 5% y un intervalo de confianza al 95% y considerando un 10% de pérdidas necesitaríamos un tamaño muestral de 80 pacientes.

Tipo de muestreo: consecutivo.

Variables: reducción del dolor a los 20, 40 minutos. Náuseas o vómitos. Necesidad de analgesia de rescate. Ansiedad. Otros efectos adversos. Sexo. Peso. Alergias. Patología previa. Medicación habitual. Cólicos nefríticos previos. Sd. Miccional. Leucocitos. PCR. Fibrinógeno derivado. Orina. Sedimento. Necesidad de rescate. Necesidad de ansiolítico. Náuseas o vómitos tras medicación. Necesidad de antiemético. Tiempo hasta el alta. **Análisis estadístico:** descriptivo: variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias, variables cuantitativas se resumen en su media, desviación estándar (DE). **Análisis bivariable,** se evaluará la asociación entre variables cualitativas con el test de χ^2 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 de la t de Student y / o el análisis de la variancia (ANOVA). Se realizará un análisis multivariante mediante regresión logística para ver los factores relacionados. Medidas de magnitud: Riesgo relativo y número necesario a tratar.

Aplicabilidad: mejorar la calidad analgésica en el tratamiento agudo del cólico nefrítico.

Aspectos ético-legales: se pedirá permiso a la comisión de investigación. Se hará un buen uso de los datos cumpliéndose la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Se pedirá consentimiento informado a los pacientes.

Palabras Clave: Acute renal colic, treatment, opioids, NSAIDs

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Manejo de fiebre en UCCU. ¿Alternamos paracetamol e ibuprofeno?

Valencia Alvarado A¹, Bolet Galindo R², Aguilar Oñate N³, Tibos F¹, Antoñano Fernández M¹

¹Médico de Familia. UCCU Las Lagunas. Mijas Costa (Málaga)

²Enfermera. UCCU Las Lagunas. Mijas Costa (Málaga)

³Enfermero. UCCU Las Lagunas. Mijas Costa (Málaga)

Título: Manejo de fiebre en UCCU. ¿Alternamos paracetamol e ibuprofeno?

Introducción: la fiebre se trata sólo de un mecanismo defensivo del organismo contra una infección que no siempre debe ser tratado. Sin embargo, sigue siendo el motivo más frecuente de consultas en urgencias pediátricas.

Se presenta con más frecuencia durante los tres primeros años de vida y que se considera fundamental para el fortalecimiento de la inmunidad infantil.

Los servicios de urgencias son colapsados por cuadros febriles, generalmente prematuros, que rara vez muestran signos de infección que definan un posible tratamiento. Las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría (AEPED) ante episodios febriles son claras:

1. Utilizar solamente medicamentos para la fiebre si hay dolor o malestar.

2. Ibuprofeno y paracetamol tienen el mismo efecto en el tratamiento del dolor, y misma eficacia, sin ser aconsejable alternar y/o combinar ambos fármacos.

Objetivo:

1. Determinar el perfil de niño en edad pediátrica que consulta con el servicio de urgencias de UCCU.
2. Determinar las recomendaciones al alta y en cuanto a terapia farmacológica, y observar si se ajustan a las manifestadas por la AEPED.
3. Conocer el perfil prescriptor del médico de UCCU.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Material y métodos: durante el período natural del año 2012, que atiende una población en edad pediátrica de 23748 niños, cuyas consultas al servicio de urgencias extrahospitalarias, constituyen el 18% de las asistencias. Se incluirán todas las asistencias de pacientes con edades entre 0 y 14 años, cuyo motivo de consulta sea fiebre.

Se analizarán variables demográficas (edad y sexo), patología concomitante, adecuación al calendario vacunal de acuerdo a su edad, tiempo de evolución de la fiebre, necesidad de administración de antitérmicos en la consulta, diagnóstico final y recomendaciones al alta (medidas generales, pautas de administración), tratamiento indicado (observación, antitérmicos-analgésicos, antibióticos, otros).

Revisión de historias clínicas digitales y análisis estadístico descriptivo, de las variables mencionadas, mediante programa R-Comander. Posibles limitaciones: sesgos de selección, por no reflejarse en el motivo de consulta inicial la fiebre y de información por posibles errores en la recogida de información mediante el programa informático.

Aplicabilidad: el incremento de las asistencias en servicios de urgencias, con patología rara vez realmente urgente, así como la precocidad de demanda de atención en procesos febriles infantiles, genera sobrecarga de profesionales e incremento del gasto sanitario. El desconocimiento por parte del profesional sanitario de servicios de urgencias extrahospitalarios de las recomendaciones de la AEPED en cuanto al manejo del síndrome febril de corta evolución, se traduce en recomendaciones con bajo nivel de evidencia, no ajustadas a protocolos establecidos por profesionales especializados en la materia, y el uso-abuso de fármacos de segunda línea. Conocer la práctica clínica habitual de nuestro servicio, con detección de posibles fallos, permitiría realizar propuestas de mejora en formación inicial y desempeño de la actividad asistencial.

Aspectos ético-legales: 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, básica reguladora de la autonomía del paciente.

Palabras Clave: Fever (fiebre), Pediatrics (pediatría), Antipyretics (antipiréticos).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Intervención biopsicosocial de la cefalea, ¿mejora la calidad de vida?

Cerezo Sánchez P¹, Lara Carvajal A¹, Jiménez Jiménez S², García Tirado C³

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS La Chana. Granada

²Médico Residente de Medicina de Familia. CS La Zubia (Granada)

³Médico de Familia. Unidad Docente de Granada

Título: Intervención biopsicosocial de la cefalea, ¿mejora la calidad de vida?

Introducción: según proceso asistencial integrado de la Junta de Andalucía, el abordaje en Atención Primaria (AP) de cefalea va encaminado a: descartar proceso urgente, definir cefalea primaria o secundaria e instaurar tratamiento. Pero, ¿dónde queda el abordaje psicosocial?, ¿la calidad del vida?, ¿se exploran temores, expectativas? Debemos garantizar una atención integral y AP es el lugar adecuado.

Objetivo: valorar la mejora de calidad de vida en los pacientes con cefalea, tras una intervención biopsicosocial, centrada en el paciente, desde AP.

Diseño: estudio experimental con grupo de comparación.

Emplazamiento: centro de salud (CS).

Material y métodos:

Sujetos: derivados desde AP por cefalea al servicio neurología del hospital de referencia. **Criterios de inclusión:** mayores de edad, derivados desde dos CS a Neurología por primera vez. **Se excluyen:** Déficits cognitivos, afectivos, sensoriales o de idioma que interfieran en intervención, no firmar consentimiento, cefaleas secundarias, signos de alarma, menos de un año de evolución. La formación de grupo de intervención (GI) y control (GC) será según CS (40 pacientes cada uno). **Tamaño muestral:** 80. **Intervención:** dos sesiones mensuales/ grupos (máximo de 20 pacientes)/ realizada por dos profesionales entrenados en cefalea. Primera sesión: discusión grupal de opiniones, creencias, miedos, temores y cómo abordar cefalea. Se priorizan contenidos de trabajo. Se entregará calendario de cefaleas para siguiente sesión. Segunda: se abordarán los temas propuestos con dinámica abierta y grupal.

Mediciones: variables relacionadas con: 1. Perfiles del participante: - Sociodemográfico (sexo, edad, estado civil, laboral, nivel estudios) - Cefalea (clasificación según Sociedad Internacional cefaleas (IHS), calendario cefalea: frecuencia, intensidad, duración, severidad, tratamiento) - Apoyo social (Escala DUKE). 2. Eficacia de intervención: Se medirá en ambos grupos (antes de intervención, al finalizarla y seis meses después) - Cuestionarios: QVM (calidad de vida), MIDAS (discapacidad), MIGSEV (gravedad) - Capacitación para autocontrol (COPYNG) - Calendario de cefaleas. **Análisis estadístico:** descriptivo y bivalente utilizando como variable dependiente calidad de vida (cuantitativa) e independiente intervención, controlando con resto de variables posibles factores confusores. La efectividad se valorará comparando calidad de vida (en los momentos descritos anteriormente) en GC y GI, mediante T de Student para muestras independientes. La comparabilidad inicial de los grupos se realizará antes de intervención, utilizando Chi- Cuadrado o T Student según características de las variables. **Limitaciones:** Selección (pérdidas, que la aceptación o no de participar defina un subgrupo especial de cefalea, se identificara mediante perfil basal del paciente), Medición (ambos grupos mejoraran su calidad de vida al saberse dentro de una intervención), Información (se utilizarán instrumentos validados para evitar errores de clasificación; posibilidad de sesgo de deseabilidad social al evaluar la mejora, se minimizará al tener GC).

Aplicabilidad: aportar conocimiento de si la intervención biopsicosocial mejora calidad de vida en pacientes con cefalea, utilidad en práctica clínica diaria.

Aspectos ético-legales: el proyecto de investigación será aprobado por comité de ética provincial.

Palabras Clave: study intervention (estudio de intervención), headache (cefalea), quality of life (calidad de vida), questionnaires (cuestionarios).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Prevalencia en arteriopatía periférica en pacientes diabéticos tipo 2

Aragón Aragón T¹, García Simino A², Gómez Gómez E¹, Morales Mármol A¹, León Arévalo I³

¹Médico Residente de Familia. CS Adoratrices. Huelva

²Médico Residente de Familia. CS Los Rosales. Huelva

³Médico Residente de Familia. CS El Torrejón. Huelva

Título: Prevalencia en arteriopatía periférica en pacientes diabéticos tipo 2.

Introducción: la diabetes tipo 2 constituye un problema de salud por su alta prevalencia, su fuerte comorbilidad y el elevado volumen de recursos sanitarios que consume. La mayoría de las complicaciones ligadas a la diabetes pueden ser evitadas, disminuidas o retrasadas, si la diabetes es detectada y tratada precoz y correctamente. El 75% de los diabéticos mueren de complicaciones de arterioesclerosis. Estudios posteriores han demostrado que también la arteriopatía periférica asintomática conlleva un incremento del riesgo de presentar eventos cardiovasculares y mortalidad total.

Objetivo: determinar la prevalencia de arteriopatía periférica y describir los factores de riesgo cardiovascular existente en ellos.

Diseño: observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: unidad de gestión clínica de un centro de salud urbano.

Material y métodos:

Población: Pacientes diabéticos tipo 2, mayores de 50 años.

La muestra: Se calculó teniendo en cuenta una prevalencia estimada de arteriopatía periférica del 21,4 %, con una precisión del 5 % y una confianza del 95 %: n = 259 (más el 20%).

De los 1681 pacientes diabéticos tipo 2, se seleccionó a los mayores de 50 años, siendo un total de 1593 pacientes diabético tipo 2. De estos pacientes se seleccionó, mediante programa informático, los pacientes para realizar nuestro estudio de forma aleatoria.

Características a estudiar:

Variables cuantitativas: Edad, Peso, Talla, N° de cigarrillos, Años de evolución de diabetes, presión arterial, riesgo cardiovascular calculado mediante test Framingham, índice tobillo-brazo, hemoglobina glicosilada.

Variables cualitativas: Sexo, presencia en su historia de Diraya de dislipemia, evento cardiovascular, accidente cerebro vascular, pie diabético, nefropatía diabética, retinopatía diabética y cumplimiento terapéutico.

Criterios de inclusión: pacientes con DM tipo 2 mayores 50 años.

Criterios de exclusión: no se pueda contactar con ellos, no de su consentimiento informado, hayan cambiado de domicilio, éxitus.

Análisis de datos: Para valorar las variables cuantitativas se calcularán las medias y la desviación típica. Para comparar o determinar la relación lineal entre dos variables cuantitativas se usará el coeficiente de correlación lineal que se obtiene a través de una regresión lineal simple. Para dos medias se utilizará el test de la t para muestras independientes. Para más de dos el Análisis de la Varianza (ANOVA).

Limitaciones del estudio: Negación a la participación en el protocolo. Errores en los datos de filiación.

Aplicabilidad: planteamos un estudio donde se pueda obtener la prevalencia de arteriopatía periférica sintomática y asintomática en diabéticos mediante el valor del índice tobillo -brazo para prevenir futuras complicaciones de los diabéticos y como predictor de morbimortalidad cardiovascular y total en la diabetes mellitus tipo 2.

Aspectos ético-legales: en todo momento se basa en la Ley de confidencialidad y la Ley de Autonomía del Paciente y sus principios básicos.

Palabras Clave: Peripheral Arterial Disease, Diabetic Neuropathies, diabetes Mellitus Type.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Aplicación de código ICTUS en ACVA

Salas Cárdenas M^aJ¹, Corrales Navarro M¹, Cano Talavera M², Mendaro Díaz J², Soriano Yanes B¹, Garrido Redondo N¹

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS Úbeda (Jaén)

²Medicina de Familia. Hospital San Juan de la Cruz Úbeda (Jaén)

Título: Aplicación de código ICTUS en ACVA.

Introducción: según la OMS la Enfermedad Cerebrovascular (ECV) representa la 2ª causa global de mortalidad a nivel mundial, generando además gran limitación funcional en aquellos que no fallecen y un importante coste social secundario. En España es el principal motivo de discapacidad grave en el adulto, la segunda causa de demencia y muerte. Hasta un 80% de los casos están relacionados con un estilo de vida y con la presencia de factores de riesgo (FR), que serían susceptibles de prevención mediante la adquisición de hábitos de vida saludables y el control de los principales FR modificables.

Objetivo: conocer la adecuación de la activación-aplicación del código-ictus.
Conocer los resultados obtenidos tras la aplicación del código-ictus.
Analizar las características que condicionan un aumento del riesgo de ACVA.

Determinar la calidad de vida de los pacientes en relación a la adecuada atención sanitaria.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: un hospital general básico.

Material y métodos: población de estudio y muestra: todos los pacientes atendidos por ACVA en un Hospital de nivel básico en el año 2012.

Variables: edad, sexo, FR cardiovasculares, activación y aplicación del código-ictus, tratamiento recibido, morbilidad, calidad de vida y mortalidad.

La recogida de datos se realizará desde la historia clínica informatizada.

Se calculará la Incidencia, Prevalencia de ACVA, se realizará un análisis descriptivo de los datos, un análisis bivariable (χ^2 para cualitativas, T-student o ANOVA para comparar medias). Limitaciones: sesgo de información por la falta de datos en las historias clínicas. Escaso seguimiento para valorar la evolución final de morbilidades.

Aplicabilidad: alcanzar nuevas estrategias para un adecuado abordaje de los pacientes en riesgo y que ya han tenido un ictus, para mejorar el nivel de autonomía funcional y su participación en la sociedad.

Aspectos ético-legales: el proyecto será evaluado por el comité de investigación del distrito, y cumplirá los criterios de privacidad establecidos por la ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre y la ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica.

Palabras Clave: acute stroke (accidente vascular cerebral), risk factor (factores de riesgo), quality of life (calidad de vida).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Efectos del tratamiento (TTO) con metilfenidato de acción prolongada (MFD-AP) en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Ríos Martos C¹, Llamas Lima M², Díaz Montilla E³, Quintero Rodríguez L⁴

¹Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS Torrox (Málaga)

²Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS Torre del Mar (Málaga)

³Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS Benamergosa (Málaga)

⁴Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS Velez Sur (Málaga)

Título: Efectos del tratamiento (TTO) con metilfenidato de acción prolongada (MFD-AP) en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Introducción: nos parece un trastorno frecuente en nuestro entorno, no muy conocido y no siempre bien diagnosticado, que produce controversias a la hora de elegir el tratamiento.

Tras la revisión de la bibliografía, vemos que el metilfenidato de acción prolongada es el fármaco más usado, pero nos gustaría conocer cuáles son los efectos beneficiosos que producen en los niños que sufren este trastorno y en qué medida mejoran las distintas variables afectadas.

Hay varios estudios dedicados a algunas de estas variables en exclusiva: sueño, genética, rendimiento escolar... pero nos gustaría englobar todos ellos en un mismo trabajo.

Objetivo: el objetivo es determinar la eficacia del TTO en niños de entre 6-14 años con TDAH del centro de salud (CS).

Diseño: estudio observacional-descriptivo longitudinal.

Emplazamiento: centro de salud.

Material y métodos: 26 pacientes con edades de entre 6-14 años, del centro de salud, en tratamiento con metilfenidato de acción prolongada por sufrir TDHA como criterio de inclusión. Quedaron excluidos los pacientes en edad no pediátrica y/o en tratamiento por otras patologías. Muestreo no probabilístico obtenido del registro de pacientes del sistema informático Diraya. Variables: peso, edad, estatura, calidad sueño, calificaciones... Mediante análisis estadístico bivariante asociamos diferentes variables a analizar en el estudio. Usamos el test de T-student para datos apareados y test de McNemar para relacionar grado de cumplimiento

asociado al resto de variables. Además de establecer la relación estadística entre más de tres variables, empleando análisis multivariante. Limitaciones, no registro de algunas variables en historia clínica.

Aplicabilidad: demostrar con este proyecto, la eficacia esperada con el tratamiento con metilfenidato en los pacientes con TDHA, se podría mejorar la identificación precoz de signos y síntomas de la enfermedad y en consecuencia, la derivación, diagnóstico y tratamiento de los niños afectados que supondría un mejor pronóstico de estos pacientes.

A largo plazo, mejoraría la calidad de vida de los mismos, de sus familiares y entorno en general. Se fomentaría el desarrollo académico consiguiendo una escolarización más normalizada, disminuyendo el fracaso escolar y en el futuro, aumentando las posibilidades en el plano profesional y laboral.

Supondría una mayor colaboración entre profesionales sanitarios y docentes, para así ofrecer un apoyo de la máxima calidad a estos niños y sus familias. Pensamos que todo esto beneficiaría al paciente para un mejor desarrollo biopsicosocial, pues tendremos en cuenta la mayor cantidad de variables posibles que influyan en su enfermedad.

De esta forma participamos directamente en lo que la OMS define como Promoción de la salud, participación comunitaria y educación para la salud.

Aspectos ético-legales: obtuvimos previamente el permiso del Comité de Ética del Área Sanitaria para la obtención de listado de pacientes y revisión de historias para recogida de datos de variables incluidas en el proyecto. Las entrevistas clínicas fueron realizadas exclusivamente por su pediatra con consentimiento expreso por padres o tutores legales.

Palabras Clave: pediatric (pediatría), hyperactive (hiperactividad), treatment (tratamiento), adverse reactions (reacciones adversas).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Percepción de salud en pacientes: relación entre infelicidad y bienestar físico

Morales Mármol M^aM¹, Gómez Gómez E¹, Pedregal González M², Aragón Aragón T¹, Díaz Alfaro M³, García Simino A⁴

¹Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS Adoratrices. Huelva

²Médico especialista de MFyC, técnico de Unidad Docente Huelva

³Médico de Familia. CS Adoratrices. Huelva

⁴Médico Residente 4º año Medicina de Familia. CS Los Rosales. Huelva

Título: Percepción de salud en pacientes: relación entre infelicidad y bienestar físico.

Introducción: los síntomas son la experiencia subjetiva de los cambios que presenta en su cuerpo el paciente. Las enfermedades son anomalías objetivamente observables en el cuerpo. Las dificultades surgen cuando el médico no puede encontrar cambios objetivos que expliquen la sintomatología subjetiva del paciente. Estos síntomas se conocen entonces como somáticos o funcionales. Con frecuencia son persistentes y están asociadas con malestar significativo, discapacidad y gastos innecesarios de los recursos médicos, acudiendo el paciente, reiterativamente a consulta, siendo el tratamiento médico convencional bastante ineficaz, y siendo valorado por distintos especialistas para el estudio de su etiología y tratamiento. La dificultad central es que los pacientes carecen del conocimiento sobre la relación entre la infelicidad y el bienestar físico. En los estudios realizados se observa una mayor aparición de síntomas somáticos en las mujeres con respecto a los hombres.

Objetivo:

Principales:

- Determinar la percepción de salud en mayores de 18 años de la UGC de centro de salud urbano.
- Determinar la relación entre la percepción de salud y el sexo.

Secundario:

- Describir la relación entre la percepción y las variables.

Diseño: observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Material y métodos: el tamaño de la muestra se estimó con una proporción de relación del 80%, con

una precisión del 5% y una confianza del 95%: 246.

Seleccionados mediante muestreo aleatorio simple de un cupo de una consulta de Atención Primaria.

Se excluirán aquellos casos en los que no sea posible contactar con el paciente, o no puedan contestar al cuestionario a causa de la patología que lo impida.

- Variable dependiente: percepción de salud a través de cuestionario de calidad de vida (Ruiz y Baca, 1993),

- Variables independientes: estado civil, sexo, nivel socioeconómico, relación laboral, patología orgánica objetivada en historia clínica, edad, frecuentación a consulta durante el año 2011, cuidador.

Tras la distribución del material se recogerán los datos e incluidos en una base de datos en el programa informático SPSS.

Como la variable dependiente es cuantitativa, se construirá un modelo de regresión lineal múltiple.

En todos los casos se comprobarán las condiciones de aplicación.

Aplicabilidad: una vez recogidos los datos y analizados podrán ser aplicados en la consulta para el abordaje del paciente frecuentador con sintomatología crónica.

Aspectos ético-legales: se aplicará la ley de investigación biomédica (Ley 14/2007), preservando las garantías de confidencialidad en el tratamiento de los datos, la libre autonomía de las personas incluidas en el estudio. Previo a participar en el estudio el paciente será informado y firmará un consentimiento informado, pudiendo abandonar el estudio cuando lo considerase oportuno. Se ha presentado en el Comité de ética e investigación clínica.

Palabras Clave: Perceived health, Women's health, Functional symptoms.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Insuficiencia renal oculta en pacientes diabéticos

Rueda Romero C¹, Perrilliat Nava F¹, González Reinaldo E¹, Bethencourt Rocha R¹, Reviriego Mazaira S², Briones Barreiro M²

¹Residente

²Médico de Familia

Título: Insuficiencia renal oculta en pacientes diabéticos.

Introducción: conociendo la alta incidencia de diabetes mellitus (DM) y que la nefropatía diabética es la causa más frecuente de Insuficiencia renal crónica (IRC) en España, es fundamental el control estricto de la función renal en nuestros pacientes diabéticos. Hasta un 10% de diabéticos cursa con insuficiencia renal oculta (IRO) y se prescriben fármacos sin tenerlo en cuenta. Consideramos de importancia un análisis de la situación actual de nuestro centro y detectar pacientes que estén expuestos a este riesgo sin conocerlo.

Objetivo: determinar la prevalencia de diabéticos con disminución del filtrado glomerular (FG).

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud.

Material y métodos:

Población a estudio: diabéticos tipo 1 y 2. Muestreo aleatorio simple sobre registro de diabéticos en Diraya.

Criterios de inclusión: Edad 18-80 años. Diagnóstico de DM sin IRC conocida.

Criterios de exclusión: Estado pasivo en la historia clínica electrónica. Diabéticos sin al menos dos determinaciones analíticas en el periodo de estudio.

Variable dependiente: pacientes con DM que tienen IRO.

Variables independientes: edad; Sexo; índice de masa corporal; DM I ó II; Hemoglobina glicosilada: %; Creatinina sérica: mg/dl; FG según MDRD: ml/min/1.73m²; Complicaciones micro y macrovasculares: retinopatía

diabética, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, vasculopatía periférica, IRC (FG según MDRD-4): estadio III, IV, V; Fármacos prescritos; ajuste adecuado a función renal (mg/dosis/día).

Análisis estadístico descriptivo: las variables cuantitativas se resumirán como media y desviación estándar, y las cualitativas como frecuencias relativas y absolutas; ambas con un intervalo de confianza del 95%. Procesamiento y análisis de datos con SPSS versión 20.0

Limitaciones: sesgos de selección como el defecto en el diseño de la población muestral que solventaremos con el muestreo aleatorio simple para homogeneizar la muestra; y el sesgo de detección de patología crónica que resolveremos confirmando que las tasas de FG inferiores a 60 mL/min/1.73 m², persisten durante un período igual o superior a 3 meses.

Aplicabilidad: la detección de IRO tiene importantes repercusiones clínicas. Implantar como proceso identificativo en la historia clínica electrónica (Diraya) el padecer IRC (manifiesta u oculta) supondría un impacto importante en el control y seguridad de pacientes diabéticos. Debería recomendarse su incorporación a la práctica clínica habitual y proponerse como objetivo de las unidades de gestión.

Aspectos ético-legales: se pidió aprobación y permisos al Comité de Ética de Investigación correspondiente, y a la dirección del centro de salud. La identidad de pacientes será protegida mediante un número identificativo que se dará en la aleatorización inicial. Este código se usará en la creación de base de datos. Declaramos ausencia de conflicto de interés.

Palabras Clave: chronic renal disease (insuficiencia renal crónica), diabetes (diabetes), Glomerular Filtration Rate (filtrado glomerular).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Control de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Delgado Pérez M³P¹, Fernández Milán F¹, Pérez García M², Martínez Lorenzo A², López Fernández D², Guerrero Solano A³

¹Médico de Familia. UGC Alto Andarax. Distrito Sanitario Almería

²Enfermera. UGC Alto Andarax. Distrito Sanitario Almería

³TER. UGC Alto Andarax. Distrito Sanitario Almería

Título: Control de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Introducción: los pacientes diabéticos tienen un riesgo de desarrollar eventos cardiovasculares de 2 a 4 veces superior al observado en la población general. Éstos pacientes suelen tener asociado uno o más factores de riesgo cardiovascular (FRCV), unos más prevalentes y otros más determinantes a la hora de padecer éstos eventos. En ocasiones, el tiempo y los recursos son limitados por lo que si pudiéramos determinar que FRCV tienen más peso específico a la hora de desarrollar eventos cardiovasculares en este tipo de pacientes, podríamos optimizar el tiempo y los recursos en actuar sobre ése o esos FRCV. El grado de control de los diferentes FRCV sería en función de: tensión arterial sistólica: <140mmHg; LDL: <130mg/dl; hemoglobina glicosilada (HbA1c): <7%; fumador: abandono del hábito tabáquico; perímetro abdominal: <102cm en hombres y <88 en mujeres; sedentarismo: realizar actividad física. Lo que planteamos en este trabajo es evaluar una intervención según las directrices del Proceso Asistencial Integrado (PAI) Riesgo Cardiovascular, en la reducción y grado de control de riesgo cardiovascular después de 3 años con mediciones intermedias cada 6 meses.

Objetivo:

- Determinar la prevalencia de cada FRCV en pacientes con DM2.
- Determinar el grado de control de los FRCV en éstos pacientes y la reducción del riesgo.

Diseño: estudio analítico intervencionista antes-después sin asignación aleatoria.

Emplazamiento: Atención Primaria. Zona Básica de Salud Rural.

Material y métodos:

Sujetos: 720 pacientes diabéticos tipo 2 de la Zona Básica de Salud.

Criterios de inclusión: pacientes diabéticos que no han tenido ningún evento cardiovascular.

Criterios de exclusión: pacientes inmovilizados de forma permanente en su domicilio o con enfermedades que aumenten comorbilidad.

Muestreo: considerando una prevalencia del 50% con un nivel de confianza del 95% y precisión del 5% y asumiendo un 10% de pérdidas, necesitaríamos 275 pacientes. Tipo de muestreo: aleatorio simple.

Mediciones e intervenciones:

Variables: sexo, edad, antecedentes familiares, fecha de diagnóstico de DM2, FRCV (HTA (medir TAS); dislipemia (medir LDL); HbA1c; tabaco (nº cigarrillos/día); obesidad (medir perímetro abdominal e IMC); sedentarismo (ejercicio físico 30min/día).

Intervenciones: cada 6 meses se hará recogida de datos y valoración de: consejo dietético; intervención mínima antitabaco; control TAS, peso, talla; analítica de control; Medición de perímetro abdominal e IMC; estimular práctica de actividad física.

Análisis estadístico: análisis descriptivo: distribución de frecuencias para variables cualitativas y medias y desviaciones estándar para variables cuantitativas. Los intervalos de confianza (IC) utilizados son del 95% y el valor fijado para la significación estadística es $p < 0,05$. Se utilizarán las pruebas Chi-cuadrado, McNemar y T para datos apareados.

Limitaciones: no continuidad del estudio o distintos criterios de aplicabilidad por parte de los profesionales implicados. Adhesión al proceso asistencial. Pacientes no cumplidores.

Aplicabilidad: evaluar la efectividad de las intervenciones cada 6 meses durante 3 años para valorar su eficacia en reducción de riesgo cardiovascular.

Aspectos ético-legales: el proyecto se presentará a la comisión de investigación. Se pedirá consentimiento informado a los pacientes. Se aplicará la Ley de Protección de Datos.

Palabras Clave: Diabetes mellitus (Diabetes); Primary care (Atención Primaria); Cardiovascular risk factor (factor de riesgo cardiovascular); Intervention (intervención).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la tasa de progresión oncogénica de las mujeres diagnosticadas de HPV de alto riesgo oncogénico en un centro de salud?

Elena Vázquez C¹; Peláez Gálvez M²

¹Médico Residente. CS Puerta Blanca. Málaga

²Médico de Familia. CS Puerta Blanca. Málaga

Título: ¿Cuál es la tasa de progresión oncogénica de las mujeres diagnosticadas de HPV de alto riesgo oncogénico en un centro de salud?

Introducción: el cáncer de cervix supone un importante problema de salud pública. Actualmente, se puede prevenir de dos formas: evitando la infección por el virus del papiloma humano (VPH) mediante vacunación a la población de riesgo o detectando y tratando las lesiones precancerosas para evitar su progresión a cáncer mediante de los programas de screening. Uno de los problemas con respecto a estos programas es la insuficiente cobertura de los mismos. Por otra parte, existe controversia en cuanto a la duración media del desarrollo de lesiones precancerosas o cáncer en los estudios realizados hasta el momento.

Objetivo: medir la tasa de progresión oncogénica en mujeres diagnosticadas de infección por VPH de alto riesgo oncogénico en un centro de salud durante un periodo de seguimiento variable de 36 a 72 meses.

Diseño: estudio de cohortes retrospectivas.

Emplazamiento: centro de salud.

Material y métodos:

Criterios de inclusión: mujeres de entre 18 y 65 años de edad que se realizaron citología cervico-vaginal en un centro de salud entre los años 2005-2010. **Criterios de exclusión:** mujeres en seguimiento por Atención Especializada, mujeres diagnosticadas de infección por VPH en los 3 años previos, mujeres diagnosticadas previamente de cáncer de cervix. No se realizará muestreo, se seleccionarán todas las mujeres que cumplan los criterios de inclusión.

Variables: número de citologías compatibles con lesiones precancerosas o cáncer de cervix en mujeres diagnosticadas de VPH de alto riesgo mediante citología cervico-

vaginal y PCR; número de citologías realizadas en un centro de salud durante los años 2005-2010; número de citologías compatibles con infección por VPH con confirmación por PCR; número de citologías compatibles con infección por HPV de alto riesgo, tiempo en días desde la toma de la citología con diagnóstico de HPV de alto riesgo hasta la toma de la citología con diagnóstico de lesión precancerosa o carcinoma de cervix.

Los datos se recogerán de los libros de registros de citologías del centro de salud y del servicio de anatomía patológica a través del portal informático del hospital de referencia.

Análisis estadístico: Utilizaremos la media para variables cuantitativas y la proporción para variables cualitativas. En el caso de las cuantitativas, se calculará la desviación típica como medida de dispersión. Así mismo, se calcularán intervalos de confianza para las medias y las proporciones. **Limitaciones del estudio:** La principal dificultad de este estudio está en relación con la calidad de los registros de las citologías realizadas en el centro de salud ya que se encuentran en formato papel y están recogidos de forma manual.

Aplicabilidad: este estudio permitirá conocer la progresión oncogénica del VPH en nuestro medio y la cobertura del screening de cáncer de cervix, lo que permitirá concienciar al personal médico de la importancia del screening.

Aspectos ético-legales: en el estudio se recogerán datos de los registros en papel del centro de salud y del servicio de anatomía patológica del hospital de referencia para lo cual se solicitarán los permisos pertinentes al comité de investigación del distrito correspondiente.

Palabras Clave: Human papillomavirus (Virus papiloma humano), oncogenic risk (riesgo oncogénico), cervical cancer screening (screening cáncer cervix).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Daño vascular subclínico, mediante la determinación del índice tobillo-brazo y el grosor íntima-media carotídeo, en pacientes hipertensos sin enfermedad cardiovascular conocida en Atención Primaria

Ramírez Torres JM¹, Lopez Téllez A¹, Villalobos Martín J¹, Boxó Cifuentes J¹, Barbancho Fernández M², González Rodríguez E³

¹Médico de Familia. CS Puerta Blanca. Málaga

²Facultad de Medicina. Málaga

³Enfermera. CS Puerta Blanca. Málaga

Título: Daño vascular subclínico, mediante la determinación del índice tobillo-brazo y el grosor íntima-media carotídeo, en pacientes hipertensos sin enfermedad cardiovascular conocida en Atención Primaria.

Introducción: la estimación del riesgo vascular (RV) individual resulta fundamental para decidir la estrategia terapéutica en cada caso. Sin embargo, las escalas de valoración (Framingham, SCORE) no siempre clasifican adecuadamente a los pacientes, ya que un considerable número de los que sufren un evento vascular, no estaban clasificados como de alto riesgo. Las Guías Europeas de Hipertensión definen algunos marcadores de daño orgánico subclínico, como el grosor íntima media (GIM) $>0,9$ o la presencia de placa carotídea; y el índice tobillo/brazo (ITB) $<0,9$. La detección de cualquiera de estos marcadores, clasifica al paciente como de alto riesgo. La inclusión en la práctica clínica del ITB y del GIM como elementos de estratificación del RV puede identificar pacientes con riesgo alto no detectados por las escalas actuales.

Objetivo:

Principal: Conocer la prevalencia de daño vascular subclínico en pacientes hipertensos sin enfermedad cardiovascular conocida.

Secundarios: Reclasificar el nivel de riesgo vascular, evaluar el nivel de carga aterosclerótica y detectar la presencia de enfermedad arterial periférica oculta en pacientes hipertensos sin enfermedad cardiovascular conocida.

Diseño: estudio descriptivo transversal, de carácter multicéntrico.

Emplazamiento: Atención Primaria. Centros de salud de características urbanas.

Material y métodos:

Sujetos: Hipertensos de ambos sexos, mayores de 50 años, sin enfermedad cardiovascular conocida, seleccionados mediante muestreo aleatorio, desde los centros de salud participantes. Se solicitará consentimiento informado a los participantes.

Muestreo: Necesitaremos al menos 300 sujetos para un intervalo de confianza del 95%, precisión del 3%, una prevalencia esperada del 6% obtenida por bibliografía; y un 20% de posibles pérdidas.

Mediciones e Intervenciones: Se recogerá la información mediante entrevista con el paciente y datos registrados en la historia clínica; datos sociodemográficos, clínicos y de seguimiento, relacionados con el riesgo vascular. Los pacientes se clasificarán según su riesgo vascular (Función SCORE). Posteriormente mediremos el ITB y el GIM. Se considerarán patológicos el ITB $<0,90$ y/o el GIM $>0,90$. Se calculará su carga aterosclerótica y serán reclasificados en su situación de riesgo; esto permitirá, si es preciso, adoptar un planteamiento terapéutico más intensivo.

Análisis estadístico: Distribución de frecuencias (para las variables cualitativas); medias, desviaciones estándar y rangos (en las variables numéricas). Se explorará la existencia de asociaciones entre variables, mediante análisis bivariados. Para explorar la existencia de posibles factores de confusión realizaremos un análisis estratificado; y se controlarán mediante un análisis multivariante (regresión logística múltiple).

Limitaciones: Posibles sesgos de selección y de clasificación; realizaremos un pilotaje previo para su detección y prevención.

Aplicabilidad: la respuesta a los objetivos del estudio nos permitirá conocer de forma más correcta el riesgo vascular de los pacientes, favoreciendo la instauración de procedimientos dirigidos a mejorar su morbimortalidad.

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 local ha autorizado el proyecto.

Palabras Clave: Arterial Disease (daño vascular), Ankle Brachial Index (Índice Tobillo-Brazo), Carotid Intima-Media Thickness (Grosor Íntima-Media).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Cribado de hipotiroidismo subclínico en el embarazo, ¿es útil?

Rodríguez Cuadris TB¹, Martínez Segura P¹, Aguirrer Ramírez S¹, Tijeras Úbeda M², Calderón García M³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Cañada. Almería

²Médico de Familia. CS La Cañada. Almería

³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mijas. Almería

Título: Cribado de hipotiroidismo subclínico en el embarazo, ¿es útil?

Introducción: la enfermedad tiroidea es el segundo trastorno endocrino más común que afecta a las mujeres en edad reproductiva. La incidencia del hipotiroidismo subclínico durante el embarazo se estima en un 3% a un 5%. Los síntomas pueden pasar desapercibidos o se atribuyen a propios del embarazo, incluso muchas son asintomáticas. Se ha demostrado una incidencia mayor de pérdida fetal y parto prematuro en hipotiroidismo subclínico como en mujeres eutiroides con anti TPO +. Una detección precoz y su tratamiento pueden prevenir las complicaciones obstétricas como los trastornos neurológicos posibles en el niño. Existe gran controversia en las últimas evidencias, unas abogan por un enfoque más selectivo y otras por un screening universal. La realización de un cribado en la 12 semana, tal como se incluye en el Proceso Asistencial Integrado (PAI) de Disfunción tiroidea podría proporcionar una disminución de dichas complicaciones, ya que permitiría un tratamiento precoz, ó por el contrario, no aportar utilidad.

Objetivo:

-Detectar la prevalencia de hipotiroidismo subclínico en mujeres embarazadas de nuestra zona.

-Conocer los factores relacionados con el hipotiroidismo subclínico en las embarazadas.

Diseño: observacional descriptivo

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y métodos:

Población y muestra: mujeres embarazadas de nuestra UGC que estén incluidas en el proceso embarazo.

Criterios de inclusión: gestante con EG <10 Semanas, al comienzo del estudio enero 2013.

Criterios de exclusión: menor de 18 años, hipotiroidismo preconcepcional.

Tamaño muestral: considerando que la prevalencia del hipotiroidismo subclínico es 5%, con una precisión del

5% y un intervalo de confianza al 95% y considerando un 10% de pérdidas necesitaríamos un tamaño muestral de 80 embarazadas.

Tipo de muestreo: Muestreo consecutivo, hasta que obtengamos el número de embarazadas.

Variables de estudio: edad, nº embarazos, antecedentes personales o familiares de hipotiroidismo, historia personal de anticuerpos antiperoxidasa, diabetes mellitus, obesidad, HTA, antecedentes de radiación en cabeza o cuello, historia de abortos involuntarios recurrentes o infertilidad.

Variables relacionados con el embarazo: FUR. EG. FPP. Fecha de Parto. Nacido vivo. Aborto.

Variable laboratorio: TSH

Análisis estadístico:

Descriptivo: variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias, variables cuantitativas se resumen en su media, desviación estándar (DE).

Análisis bivariable, se evaluara la asociación entre variables cualitativas con el test de χ^2 o prueba exacta de Fisher, en el caso de que más de un 25% de los esperados fueran menores de 5. Se analizara el comportamiento de las variables cuantitativas mediante el test de la t de Student y / o el análisis de la variancia (ANOVA). Se realizara un análisis multivariante mediante regresión logística para ver los factores relacionados.

Aplicabilidad: detectar si el cribado en el primer trimestre de gestación es útil para nuestra población, y detectar cuales son los posibles factores relacionados para hacer una detección más eficaz.

Aspectos ético-legales: se pedirá permiso a la comisión de investigación. Se hará un buen uso de los datos cumpliéndose la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Se pedirá consentimiento informado a los pacientes.

Palabras Clave: Hypothyroidism, subclinical hypothyroidism, pregnancy, TSH, Primary care.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Infección urinaria no complicada en la mujer. Epidemiología y estrategias diagnóstico terapéuticas en Atención Primaria

Robles Casado B¹, Jiménez Jiménez S², Guillamón Fernández D¹, García Tirado M^aC³, Alguacil Cubero P⁴, Hernández Pérez de la Blanca M⁵

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS La Chana. Granada

²Médico Residente de Medicina de Familia. CS La Zubia. Granada

³Médico de Familia. Unidad Docente de Granada

⁴Médico de Familia. Centro de Salud La Chana. Granada

⁵Médico Residente Centro de Salud Almanjáyar. Granada

Título: Infección urinaria no complicada en la mujer. Epidemiología y estrategias diagnóstico terapéuticas en Atención Primaria.

Introducción: la infección de orina no complicada se define como infección del tracto urinario inferior (ITU) en mujeres adultas, no gestantes y sanas sin alteraciones anatómicas o anormalidades funcionales del trato urinario. Es una de las causas más frecuentes de infección aguda bacteriana en mujeres, aproximadamente un 50-60% de ellas tendrán diagnóstico de ITU, mínimo una vez en su vida. En Atención Primaria, conforma una de las consultas más frecuentes. El abordaje diagnóstico y terapéutico relacionado con la prescripción y uso de antibióticos en este ámbito asistencial presenta una amplia variabilidad con consecuencias tanto en el uso apropiado de pruebas diagnósticas como en el uso racional de medicamentos y sus consecuencias como son las resistencias antimicrobianas en la comunidad.

Objetivo:

1. Identificar las estrategias diagnósticas y terapéuticas ante sospecha de infección de orina no complicada en el ámbito de Atención Primaria; y explorar qué datos del paciente, profesional o entorno asistencial se relacionan con la decisión y con la satisfacción del paciente. 2. Describir el perfil clínico-epidemiológico de la infección urinaria no complicada en Atención Primaria.

Diseño: observacional, prospectivo, longitudinal (10 días).

Emplazamiento: Atención primaria. Multicéntrico.

Material y métodos: 108 médicos de 10 centros de salud (67 tutores y 41 residentes) seleccionarán mediante muestreo consecutivo en consulta a demanda 4 mujeres mayores de 15 años que consulten por disuria y con sospecha de ITU. Excluidas: gestantes; mujeres con alteraciones anatómicas y/o funcionales del tracto urinario; ITU en los 15 días previos y/o tratamiento por ITU en el momento de captación o durante el último mes. La

muestra será de 400 mujeres (confianza 95%, precisión 5% y porcentaje esperado de tira de orina 50%).

Recogida de información mediante cuestionario autocomplimentado por médico, primera consulta) y por paciente (entrega transcurrido una semana de la primera consulta).

El Cuestionario médico incluirá: (1) Datos demográfico-administrativos de la paciente (2) Datos clínicos: síntomas, inicio y severidad, factores de riesgo, comorbilidad y fármacos. (3) Proceso diagnóstico: Probabilidad preprueba atribuida a ITU (0-100%), estrategia diagnóstica y resultados de la misma (1.sin pruebas, 2. tira de orina, 3. urocultivo; 4. cultivo vaginal. 5. hemograma. 6. anormales y sedimento de orina. 7. de imagen). (4) Decisión terapéutica: sin antibiótico, demora de AB 48 horas, indicación de AB, AINES, otros. (5) Datos del entorno asistencial: (1) Organizativos (2) De relación médico paciente (3) Del profesional.

El Cuestionario a paciente incluirá: (1) Días con síntomas (2) Severidad (3) Cumplimiento terapéutico (4) Efectos adversos (5) Complicaciones (6) Días de baja laboral (7) Satisfacción con resolución y abordaje médico. Análisis: Descriptivo Univariante y bivalente.

Limitaciones: Modificación de conducta habitual del médico. Sesgo de deseabilidad social del paciente (sesgo no diferencial).

Aplicabilidad: ofrecer conocimiento sobre perfil clínico de ITUS y sobre proceso médico de decisiones y su relación con el examen clínico, incertidumbre, relación médico paciente y entorno asistencial. Evaluar oportunidades-preferencias del paciente con las diferentes estrategias diagnóstico terapéuticas.

Aspectos ético-legales: se articulará consentimiento informado al paciente, legislación en protección de datos y valoración por comité de ética en investigación.

Palabras Clave: Urinary tract infection (infección del tracto urinario), Medical decisions (decisiones médicas), Empirical treatment (tratamiento empírico).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Perfil de la glicemia basal alterada en Atención Primaria y conversión a diabetes en cinco años de seguimiento

Robles Casado B¹, Alguacil Cubero P², García Tirado M³, Guillamón Fernández D¹, Jiménez Jiménez S⁴, Ramos Alaminos C⁵

¹Médico Residente de Medicina de Familia. CS La Chana. Granada

²Médico de Familia. CS La Chana. Granada

³Médico de familia. Unidad Docente de Granada

⁴Médico Residente de Medicina de Familia. CS La Zubia. Granada

⁵Médico Residente de Medicina de Familia. CS Almanjáyar. Granada

Título: Perfil de la glicemia basal alterada en Atención Primaria y conversión a diabetes en cinco años de seguimiento.

Introducción: la Diabetes Mellitus es una enfermedad tan prevalente que se ha convertido en una epidemia mundial, existen más de 346 millones de personas diabéticas en el mundo. Las alteraciones de la homeostasia glucídica incluyen dos categorías: la tolerancia alterada a la glucosa y la glucemia basal alterada (GBA). El riesgo promedio de desarrollar diabetes es aproximadamente 5% a 10% anual en los individuos con GBA. Un diagnóstico tardío de diabetes mellitus conlleva un mayor riesgo de complicaciones, lo que aumenta la necesidad de plantear estrategias de diagnóstico precoz en los individuos con alto riesgo de padecerla, así como promover estilos de vida saludables para detener o reducir la tendencia epidémica de la diabetes. Para ello, la Atención Primaria resulta el marco idóneo.

Objetivo: describir en Atención Primaria la historia evolutiva de la glucemia basal alterada en cinco años (2009-2013) Objetivos específicos. (1) Estimar el porcentaje de reversión a normalidad y de conversión a diabetes de la población adulta con GBA (2) Explorar de forma multivariante los factores de conversión. (3) Identificar perfil poblacional, clínico y de riesgo cardiovascular de la población con GBA. (4) Identificar la conducta diagnóstica y terapéutica del médico de Atención Primaria ante GBA.

Diseño: descriptivo, observacional, longitudinal, con datos retrospectivos (2009-2012) y prospectivos de 2012-2013.

Emplazamiento: Atención Primaria. Multicéntrico.

Material y métodos: se identificará el marco poblacional de personas con una determinación analítica de glucemia en ayunas en rango de 110 a 125 mg/dl en 2009 con registro del laboratorio referente de los centros incluidos en el estudio. Se excluirán las que tienen diagnóstico de

diabetes en registro Diraya en 2009. Del total de personas con GBA se seleccionarán 400 mediante muestreo sistemático por edad (confianza 95%, precisión 6% y porcentaje de reversión a normalidad de GBA 50%). La distribución muestral a los centros se hará proporcional a su tamaño poblacional. Periodo de seguimiento de la cohorte desde 2009-2013. Mediciones: (1) Registro retrospectivo de glucemias en ayunas en laboratorio de referencia 2010 a 2012 (2) Registro Diraya de historia clínica 2009-2012 (3) Entrevista, examen y analítica de glucemia basal en 2013. Las dimensiones y variables: (1) Homeostasis glucémica valorada mediante Glucemia en ayunas en 3 categorías: normalidad <110 mg/dl; GBA (110-125 mg/dl) y Diabetes >125 mg/dl (2) Historia evolutiva de GBA en 3 categorías: reversión (GBA2009 que normaliza 125 mg/dl) y mantenimiento como GBA (3) Perfil fenotípico y clínico: datos sociodemográficos, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes familiares de diabetes, diabetes gestacional, fármacos disglucémicos (4) Eventos cardiovasculares (5) Estilo de vida: sedentarismo y adherencia a dieta mediterránea (6) Indicaciones médicas diagnóstico-terapéuticas que incluye historia de pruebas solicitadas y medidas higiénico-dietéticas y/o farmacológicas. Análisis univariante, bivariante y multivariante; considerando variable dependiente la historia evolutiva de la GBA y los eventos cardiovasculares y variables predictoras /independientes el perfil fenotípico y clínico y el estilo de vida.

Aplicabilidad: conocimiento epidemiológico y estrategias de prevención primaria de diabetes.

Aspectos ético-legales: aprobación por comité de ética provincial; aseguramiento legal en protección de datos y consentimiento informado.

Palabras Clave: Glucose intolerance (intolerancia a glucosa), Impaired fasting glucose (glucemia basal alterada), Natural history (historia natural), Diagnostic (diagnóstico).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Pediatría en atención primaria: hiperfrecuentación y factores relacionados

Fernández Gámez M^aT¹, Rubio García A², Ramos Lozano M¹, López Fernández V², Urbanska M²

¹Médico de Familia. CS Miraflores de los Ángeles. Málaga

²Médico Residente. CS Miraflores de los Ángeles. Málaga

Título: Pediatría en atención primaria: hiperfrecuentación y factores relacionados.

Introducción: el objetivo del estudio es estimar la frecuencia de utilización de las consultas de pediatría de Atención Primaria conociendo cómo se relaciona este hecho con las diversas variables que hemos agrupado. Todo esto para que existan bases que sirvan para intervenir sobre los factores asociados, disminuyendo la presión asistencial y el consumo de recursos.

Objetivo:

Principal: evaluar la prevalencia de pacientes pediátricos hiperutilizadores de las consultas de Atención Primaria.

Secundarios: estimar la frecuencia de asistencia a consulta, describir los motivos de consulta de los pacientes hiperfrecuentadores, analizar la influencia de una serie de factores.

Diseño: observacional de tipo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Material y métodos: sujetos: criterios de inclusión, niños entre 0 y 14 años, pertenecientes a los cupos de las consultas de pediatría de los centros participantes, consentimiento informado, criterios de exclusión, negativa a participar. Muestreo aleatorio simple. Los datos se volcarán en una base unificada en SPSS (v. 16.0), para realizar el análisis. Análisis: Análisis Descriptivo de las variables; se determinarán las frecuencias absolutas y relativas de las variables categóricas, así como estimación puntual e intervalo de confianza al 95 % de seguridad de media y desviación típica para variables cuantitativas. Análisis bivariante mediante pruebas de Chi 2 para tablas de contingencia (con corrección de Yates y prueba exacta de Fisher, en caso necesario) para variables categóricas; y pruebas t de o pruebas de U de Mann

Whitney en caso de variables continuas. Se considerará un nivel de significación del 95%. Para el análisis Multivariante se utilizarán modelos de regresión logística (vp: hiperfrecuentación) y lineal múltiple (vp: nº consultas). Limitaciones: Sesgo de selección en relación con el ámbito escogido. No ha habido una aleatorización de centros, hemos elegido 2 centros de salud. Pérdidas por diferentes motivos (negación, desgana, falta de tiempo, olvido). La limitación de la validez externa del estudio es un hecho asumido y justificado. Sesgos de información relacionados con la respuesta inducida y la obsequiosidad al tratarse de una entrevista personal. Defecto o posibles inexactitudes en los registros que se realicen en el programa informático. Confusión que pueden crear distintas variables que se intentarán minimizar con la recogida de múltiples variables independientes.

Aplicabilidad: la extrapolación de los resultados de este trabajo es limitada, puesto que las condiciones culturales, medioambientales y socioeconómicas harán que cada lugar se manifieste de una forma idiosincrásica, sin embargo pensamos que el estudio puede suponer un paso más en el conocimiento y comprensión de los factores relacionados con los pacientes hiperfrecuentadores en Atención Primaria, y que son un buen pilotaje de futuros trabajos.

Aspectos ético-legales: el protocolo será presentado al Comité Ético del Distrito para su evaluación y dictamen, poniéndose en conocimiento de los directores de los centros de Salud, solicitando los permisos necesarios para la recogida de datos. Se seguirá la Normativa legal vigente: Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. A todos los tutores se les pedirá su consentimiento informado.

Palabras Clave: Primary care, pediatrics, frequent attenders.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Estrés, salud y calidad docente de percibida por el residente en el servicio de urgencias hospitalarias

Rodríguez Martínez JM^{a1}, Ayllón Toro A¹, García Tirado M²

¹Médico Residente. Unidad docente Medicina Familiar y Comunitaria. Granada

²Médico de Familia. Unidad docente Medicina Familiar y Comunitaria Granada

Título: Estrés, salud y calidad docente de percibida por el residente en el servicio de urgencias hospitalarias.

Introducción: En España pocos estudios evalúan la calidad percibida por el residente de medicina familiar y comunitaria sobre la organización, docencia, estrés e impacto sobre la salud derivado de la realización de guardias en los servicios de urgencias hospitalarias. Dado que los servicios de urgencias son lugares generadores de estrés por excelencia, y es precisamente aquí, donde el residente desarrolla gran parte de su labor asistencial es prioritario conocer en qué situación se encuentra este colectivo profesional.

Objetivo: conocer la calidad percibida por el residente de medicina familiar y comunitaria sobre la organización, docencia, y tutorización en los servicios de urgencias hospitalarias de tres provincias de Andalucía; y su potencial impacto en la salud del residente, estrés subjetivo y aprendizaje competencial.

Diseño: descriptivo. Multicéntrico. Regional.

Emplazamiento: Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

Material y métodos:

Sujetos: Médicos Internos Residentes (MIR) de tres provincias de una Comunidad Autónoma que desarrollan su formación en hospitales comarcales, de segundo y tercer nivel.

Se excluirán quienes no consientan participar y residentes con menos de 6 meses de guardias. El tamaño muestral estimado es de 300 residentes para un nc 95%, precisión 6% y 50% de porcentaje de calidad esperado. La identificación de marco muestral se realizará a través de las Unidades Docentes y la captación se realizará vía email de forma personal.

Mediciones: Cuestionario autocumplimentado y anónimo de 31 ítems que mostró en pilotaje de 100 residentes Cronbach del 70% y factorial con 4 componentes que explican el 72% de la varianza.

Se estudiará:

- Calidad Formativa: (1) Tutorización centrada en la persona (8 ítems en escala de 1-5 sobre apoyo, escucha, valoran, seguridad, respeto, consultar dudas, expresar opiniones). (2) Calidad del Entorno Formativo (16 ítems en escala de 1-5 sobre calidad docente, técnica, relacional (con adjuntos, enfermería, celadores y residentes), de soporte (descansos y comidas).

- Resultados Formativos: (1) Logro competencial final y (2) Oportunidad formativa efectiva, mediante 2 ítems en escala 1-5.

- Calidad de vida laboral del residente: mediante 3 ítems en escala de 1-5: (1) Estrés (2) afectación de la salud y (3) uso de medicamentos.

- Perfil Motivacional: mediante dos ítems en escala de 1-5: (1) Agrado en su realización y (2) expectativas en número de guardias.

- El perfil del residente incluyó hospital o zona formativa, sexo, edad, año de residencia y experiencia laboral previa.

Análisis de datos: De acuerdo a los objetivos planteados se realizará un análisis descriptivo univariante, bivariante y multivariante.

Limitaciones: No respuesta que se minimizará mediante tres envíos. La validez del cuestionario que ha sido pilotado en 100 MIR en mayo de 2012 y sesgo de deseabilidad o halo social.

Aplicabilidad: conocer como el residente afronta el trabajo en los diferentes hospitales para promover mejoras en el trabajo de los servicios de urgencias hospitalarias que se traduzcan en una mayor calidad en la formación del residente.

Aspectos ético-legales: se articulará la aceptación por Comité de Ética y asegurará confidencialidad y anonimato.

Palabras Clave: Opinion (opinión), Emergency (urgencia), Quality (calidad), Resident (residente).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Captación de cohorte: a propósito de la vacuna de meningitis C

Calderón Ortega A¹, Valencia Alvarado A², Guerrero González L³, Guerrero González M¹

¹Enfermera. CS La Cala. Mijas Costa (Málaga)

²Médico de Familia. UCCU Las Lagunas. Mijas Costa (Málaga)

³Enfermera. Hospital Comarcal Ronda (Málaga)

Título: Captación de cohorte: a propósito de la vacuna de meningitis C.

Introducción: el meningococo C es una bacteria que provoca una infección que afecta a las meninges, membranas que rodean el cerebro y la médula espinal y que puede ser hasta mortal. Estudios epidemiológicos internacionales demostraron que la eficacia inmunitaria bajaba con la pauta de vacunación 2,4, 6 meses de edad y aumentaba cuando el recuerdo de la vacuna se ponía después del primer año de vida del bebé. En 2006 la Consejería de Salud optó por cambiar la administración a pauta 2, 4 y 15 meses. El refuerzo a los 15 meses potencia la eficacia de la vacuna. La decisión de establecer una dosis de refuerzo para el grupo de niños que recibieron la vacuna con pauta de administración 2,4 y 6 meses, en el calendario vacunal de 2012 fue adoptada por la Consejería de Salud después de que la Comisión Asesora de Vacunas de Andalucía así lo aconsejara. El Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría hizo una recomendación en ese sentido: "si las circunstancias epidemiológicas lo requieren, se recomienda una dosis de refuerzo frente al meningococo C a aquellos niños que hayan recibido una serie primaria en el primer año de vida sin refuerzo a partir de los 12 meses de vida".

Objetivo: evaluar impacto de la indicación por parte de la Consejería de Salud de la necesidad de una dosis de recuerdo de la vacuna de meningitis C en la cohorte de niños nacidos entre 2000-2004, en una UGC de reciente creación, determinando el porcentaje de cumplimiento de la campaña vacunal.

Diseño: se realizará estudio descriptivo observacional durante el año 2012.

Emplazamiento: consultorio de salud.

Material y métodos:

Criterios de inclusión: niños nacidos entre el año 2000-2004 adscritos a un consultorio de salud.

Se recogerán datos de la historia clínica digital del paciente a través del programa informático Diraya del SAS. Variables: sexo, edad, año de nacimiento, colegio de adscripción, pauta de vacunación previa, punto de vacunación (consultorio-colegio), causa de declinación vacunación (dosis refuerzo a partir de 12 meses de edad, antecedentes de enfermedad meningocócica, negativa a vacuna). Análisis estadístico mediante programa R-Comander.

Posible sesgo de información por errores en recogida de información mediante el programa informático.

Aplicabilidad: las vacunas constituyen una de las medidas sanitarias que mayor beneficio ha producido, a través de inmunidad individual y de grupo.

Nuestra población diana podría ser el punto de partida para un estudio sobre la efectividad de la dosis de refuerzo, mediante seguimiento a corto plazo de la incidencia de enfermedad meningocócica en dicha cohorte de población.

Conocer los posibles fallos en la captación y determinar situaciones de mejora en la campaña de información-captación-vacunación realizada, nos ayudará a establecer estrategias de mejora para futuras nuevas alertas en tema de vacunación.

Aspectos ético-legales: el proyecto será presentado al Comité de Ética de referencia. Cumpliremos 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, básica reguladora de la autonomía del paciente.

Palabras Clave: Vaccines, Meningitis, Meningococcal Primary Prevention.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Cambio comunicacional del residente de MFyC desde primer a cuarto año. Percepción del tutor y del residente

Ramos Alaminos C¹, Otero Hernández I¹, García Tirado C², Rivas del Valle P², de los Ríos Álvarez A²

¹Médico Residente de Medicina de Familia. Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria. Granada

²Médico de Familia. Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria. Granada

Título: Cambio comunicacional del residente de MFyC desde primer a cuarto año. Percepción del tutor y del residente.

Introducción: la comunicación del médico demuestra relacionarse con mejores resultados clínicos del paciente. Éstos hacen imprescindible evaluar la comunicación del residente con el paciente.

Objetivo:

- Evaluar cohorte de residentes de MFyC de Andalucía Oriental cambios entre primer (R1) y cuarto año de residencia (R4) respecto a: (1) Significación de comunicación (2) valor modelo comunicacional centrado en paciente (3) Prioridad de aprendizaje en comunicación y (4) mejora y calidad percibida en su comunicación y relación con pacientes.

- Conocer opinión del tutor sobre mejora comunicacional del residente desde R1 a R4 y explorar coincidencia con residente.

Diseño: descriptivo, observacional, longitudinal desde febrero 2013 a marzo 2016; cuatro cortes de estudio: final de primer semestre R1 y final de R2, R3 y R4.

Emplazamiento: multicéntrico: comisiones de docencia de Andalucía Oriental.

Material y métodos:

- *Población.* Cohorte de Residentes desde inicio de residencia hasta finalización de R4 y respectivos tutores de AP. Proceso de captación: vía email. Se estima marco muestral de 100 residentes y 100 tutores.

- *Mediciones.* Fuente de información: encuesta auto-cumplimentada y anónima, consta de 29 ítems para residentes y 30 ítems para tutores. Dimensiones y variables de estudio:

- Cambios de Mejora comunicacional: desde punto de vista del residente y del tutor se mide mejora subjetiva del residente en relación y comunicación con paciente. Se valora de forma global con cuestionario de 1 ítem (escala de 1-5) y de forma específica con 4 ítems (escala de 1-5) sobre resolución, entendimiento, control emocional, habilidades.

- Valor del modelo comunicacional centrado en paciente 13 ítems (escala de 1-5).

- Perfil motivacional del residente con 3 ítems (escala de 1-5) sobre: habilidades comunicacionales, necesidad de cambio y confianza en logro.

- Significado de comunicación mediante 4 ítems (escala de 1-5) sobre creencias.

- Perfil del residente en relación a edad, sexo, provincia, año de residencia, videgrabaciones realizadas y formación en comunicación adicional; y perfil del tutor (con iguales ítems añadiendo si pertenecen a grupo de trabajo en comunicación).

- *Análisis.* De acuerdo a objetivos de estudio y se establecerán tres estrategias de gestión de información, tanto en visión descriptiva como analítica: estrategia univariante y bivalente; considerando Variable dependiente: cambio comunicacional.

- *Limitaciones.* Sesgo de no respuesta: se minimizará con vías ágiles de respuesta a cuestionario (email) Sesgo de deseabilidad social: se abordará informando y asegurando anonimato, se reforzará sinceridad de respuestas. Validez del cuestionario: el cuestionario se pilotará en 30 residentes y tutores.

Aplicabilidad: en nuestra formación como médicos, es principio básico establecer buena relación médico-paciente, basada en buena comunicación y con valores y habilidades en dicha materia que facilitan trato con paciente y que suponen inicio de buena praxis.

La bibliografía existente en España, es insuficiente respecto a motivación y cambios de mejora comunicacional del residente; y menos estudiado aún sobre si formación de especialistas internos residentes conlleva a impacto en práctica laboral con una mejora comunicacional.

Aspectos ético-legales: consentimiento y confidencialidad. Aprobación por comité de ética.

Palabras Clave: comunicación, motivación, aprendizaje.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Relación entre ejercicio y enfermedad de Alzheimer

García Martínez F¹, González Góngora A², García Aparicio J³

¹Médico Residente Familia. CS de Ablá. UGC Río Nacimiento. Distrito Almería

²Médico de Familia. CS Mijas Costa (Málaga)

³Médico de Familia. CS de Ablá. UGC Río Nacimiento. Distrito Almería

Título: Relación entre ejercicio y enfermedad de Alzheimer.

Introducción: la Enfermedad de Alzheimer (EA) es una patología que va en aumento en nuestro medio (en torno al 5-10% actualmente, frente al 2-3% hace 15 años en España). No se conoce bien su etiología, y su tratamiento hasta día de hoy está siendo meramente sintomático; puede frenar en corta medida la evolución de la enfermedad, pero el desarrollo de la misma sigue siendo implacable, convirtiendo al que la padece en un paciente desconectado del medio, incapaz de mantener todas las funciones cognitivas y en mayor grado hasta incluso motoras.

Si bien existe diversa bibliografía acerca de la relación existente entre ejercicio físico aeróbico y EA como posible factor que frene la evolución de la enfermedad; no existe suficiente bibliografía en humanos, que estudie el papel del ejercicio físico en relación a la posible protección de éste frente al desarrollo inicial de la misma.

Los ensayos realizados en animales y postmortem han demostrado que existen una serie de cambios a nivel de estructura y funcionamiento cerebral como: aumento de flujo sanguíneo, aumento de sinapsis y número neuronal, etc. Que resultan beneficiosos, e incluso podríamos decir, protectores, frente al desarrollo de deterioro cognitivo y EA. Se ha evidenciado que hasta podrían resultar frenadores del desarrollo una vez instaurada la enfermedad.

Objetivo: conocer si existe asociación entre ejercicio aeróbico EA.

Diseño: estudio de prevalencia.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y métodos:

Sujetos: Población mayor de 65 años de nuestra zona básica.

Criterios de inclusión: Tener más de 65 años, estar diagnosticado de EA o en su defecto en tratamiento para la misma.

Criterios de exclusión: Haber padecido enfermedad incapacitante o secuelas que incapaciten para realizar ejercicio, no disponer de medios o familiares para recoger la información necesaria.

Mediciones e intervenciones: se recogerán los datos necesarios mediante tablas realizadas que recogerán:

1. Edad; sexo; nivel cultural (recogido por nivel de estudios y alfabetización); trabajo realizado.
2. Edad de diagnóstico de EA.
3. Patologías asociadas (DM, HTA, etc.).
4. Ejercicio físico realizado (Tipo de ejercicio, intensidad, inicio en edad de la práctica, duración en horas semanales).

Análisis estadístico: Se realizará un análisis descriptivo de las variables, bivalente y multivalente, en el que se aplicará un análisis discriminante para conocer la relación entre variables dependientes e independientes. Todo esto se ejecutará mediante el paquete estadístico "R".

Limitaciones: Dificultad para la recogida de la información; pérdidas de individuos durante el estudio; poco hábito de ejercicio.

Aplicabilidad: si conseguimos demostrar la asociación entre EA y ejercicio físico, podremos realizar estudios posteriores, para comprobar si la misma es como factor protector. En este caso estaríamos ante un gran paso en la investigación de la EA, pudiendo conocer mejor su etiología y prevención; además de conocer la relación de la EA con otro tipo de patologías (HTA, DM, ETC).
Aspectos ético-legales: seguiremos los ítems de la declaración de Helsinki. Se solicitará consentimiento informado.

Palabras Clave: Exercise (ejercicio), Alzheimer disease (enfermedad de Alzheimer), aging (envejecimiento).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Impacto en la calidad de vida de un programa de ejercicio físico en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Vargas Fuentes AM^{a1}, Trillo Fernandez C¹, Cabo Lopez A²

¹Médico Residente. CS Puerta Blanca. Málaga

²Médico Residente. CS San Andrés Torcal. Málaga

Título: Impacto en la calidad de vida de un programa de ejercicio físico en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Introducción: el entrenamiento físico es uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de los pacientes con EPOC, independientemente del estadio en el que se encuentren, se beneficiarán de programas de rehabilitación respiratoria (RR) que incluyan entrenamiento físico.

Objetivo: evaluar la mejoría en la calidad de vida, el grado de disnea y la tolerancia al ejercicio en pacientes con EPOC tras la implantación de un programa de ejercicio físico aeróbico.

Diseño: estudio cuasi-experimental controlado no aleatorizado.

Emplazamiento: centro de salud.

Material y métodos:

Sujetos: la muestra total constara de 80 pacientes incluidos en el proceso EPOC realizando un muestreo aleatorio sistemático. El grupo control e intervención estarán formados por 40 pacientes respectivamente.

Criterios de inclusión: 1. Espirometría forzada con cociente de Volumen espirado en el primer segundo/capacidad vital forzada (FEV1/CVF)<70% tras la broncodilatación. 2. FEV1 $\geq$ 50%

Criterios de exclusión: 1. FEV1 <50%. 2. Cardiopatía isquémica. 3. Arritmias. 4. Hipertensión no controlada. 6. Antecedentes de trombosis venosa o embolismo pulmonar.

Variables resultado principal: 1. Mejoría en la calidad de vida valorada por el cuestionario Respiratorio de Saint George. 2. Mejoría del grado de disnea valorado por la escala de disnea de la Medical Research Council. 3. Mejoría de la tolerancia al ejercicio valorado por el test de la marcha de los 6 minutos.

Variables independientes: edad, sexo, tabaco, estadio EPOC, índice tabaquismo, comorbilidades

asociadas, realización ejercicio previo y tratamiento inhalador.

Análisis estadístico: Análisis descriptivo de las variables usando como medida de centralización la media para variables cuantitativas (V.CT) y la proporción para las variables cualitativas (V.CL). Como medida de dispersión se usará la desviación estándar y el intervalo de confianza al 95%. Posteriormente un análisis bivalente, usando una regresión lineal para las V.CT y un ANOVA para las V.CL. Por último un análisis multivalente utilizando la regresión lineal múltiple.

Limitaciones: pérdidas importantes que afecten a la validez interna del mismo, supliéndose con un aumento del 20% sobre el tamaño muestral. Asistencia no continuada al programa por durar 6 meses y realizar los pacientes los ejercicios físicos de forma libre, para evitarlo se telefoneara semanalmente, motivándose a los pacientes para continuar con dicho programa.

Aplicabilidad: la implantación de este programa de ejercicio físico será uno de los primeros que se establezcan en AP. Se pretende que tras finalizar el trabajo se mantenga el programa de RR en nuestra zona básica de salud y se extienda a otros centros. Con la generalización de los programas de RR en el ámbito de AP, dada la accesibilidad de ésta para los pacientes, es previsible que se consiga una mejora en la calidad de vida, el grado de disnea y la tolerancia al ejercicio de los pacientes con EPOC leve y moderada.

Aspectos ético-legales: todos los pacientes serán informados de las características y objetivos del estudio y firmaran el consentimiento informado. Autorización del Comité de Ética e Investigación Sanitaria.

Palabras Clave: pulmonary disease, chronic obstructive (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), rehabilitation\ (rehabilitación), exercise (ejercicio).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Eficacia de una intervención sobre técnicas de inhalación en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Barnestein Fonseca P¹, Leiva Fernández J², García Ruiz A³, Porcel Martín C¹, Prados Torres D¹, Pérez Leiva F¹

¹Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Málaga

²CS Vélez Sur. Área Sanitaria Málaga Este-Axarquía

³Departamento Farmacología y Terapéutica Clínica. Facultad de Medicina Universidad de Málaga

Título: Eficacia de una intervención sobre técnicas de inhalación en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Introducción: evaluar eficacia intervención con instrucción periódica sobre tasa y tipos de errores más frecuentes en técnicas de inhalación. Análisis de la importancia clínica del fallo.

Objetivo: ensayo clínico aleatorizado (ISRCTN18841601), análisis cohorte intervención. Seguimiento: 1 año (4 visitas).

Diseño: 4 centros de salud de Málaga.

Emplazamiento: 58 pacientes EPOC. Inclusión: diagnóstico de EPOC, tratamiento inhalado pautado, firma consentimiento informado. Exclusión: otros procesos respiratorios, problemas cognitivos. Muestreo no probabilístico.

Material y métodos: entrenamiento con monitor de técnica de inhalación correcta. Variables: edad, sexo, nivel educativo, estado civil, hábito tabáquico, criterios de diagnóstico de EPOC, tratamiento, tiempo diagnóstico, tipo patrón espirométrico, severidad. Realización correcta técnica inhalación (recomendaciones SEPAR), importancia clínica del fallo (1-leve; 2-moderada; 3-error crítico).

Aplicabilidad: edad 68.59 años (IC95%:66.62-70.56), 91.4% hombres, 79.3% casados, 31% sin estudios, 41.4% estudios primarios. 29.3% sigue fumando, media cigarrillos/día 19.29 (IC95%:12.63-25.95). 89.5% diagnosticados por criterios clínicos-espirométricos, años diagnóstico EPOC 4.93 (IC95%:4.36-5.5), 52.6% patrón obstructivo, FEV1 70.59% (IC95%:64.71-76.47), severidad leve-moderada. Tratamiento: 79.3% beta-2-adrenérgico, 77.6% anticolinérgico, 65.5% corticoide inhalado.

El 75.4% utiliza dispositivo Handihaler, 24.6% Accuhaler y 24.6% Turbuhaler. Técnica incorrecta en 86% Handihaler, 64.3% Accuhaler y 85.7% Turbuhaler. Errores más frecuentes: vaciar los pulmones antes de la inhalación y aguantar la respiración tras ésta. Importancia clínica de los fallos: moderada.

La intervención corrige la técnica en un 66% de los pacientes al final del estudio; Por dispositivos, técnica incorrecta en 18.9% Handihaler, 7.7% Accuhaler y 10% Turbuhaler.

Aspectos ético-legales: permisos comités ética y de ensayos clínicos. Firma consentimiento informado.

Palabras Clave: EPOC (COPD), técnicas inhalación (Inhalation Techniques), intervención educativa (educational intervention).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Desarrollo de una línea de investigación en pacientes con EPOC en Atención Primaria

Leiva Fernández F¹, Leiva Fernández J², García Ruiz A³, Martos Crespo F¹, Prados Torres D¹, Barnestein-Fonseca P¹

¹Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Distrito Sanitario Málaga

²CS Vélez Sur. Área Sanitaria Málaga Este-Axarquía

³Departamento Farmacología y Terapéutica Clínica. Facultad de Medicina Universidad de Málaga

Resumen: Desarrollo de una línea de investigación en pacientes con EPOC en Atención Primaria.

Introducción: la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Distrito Málaga, y el Departamento de Farmacología y Terapéutica Clínica de la Facultad de Málaga han desarrollado una línea de investigación en pacientes con EPOC desde 1997, materializada en proyectos encadenados centrados en análisis de resultados en salud, especialmente adherencia terapéutica (AT): cohorte de pacientes con EPOC, Estudio CEPOC, Estudio ICEPOC, Estudio TECEPOCI y II, Estudio TIEPOC.

Objetivo: cohorte: medida AT: Test Morinsky-Green-TMG-, Test Batalla-TB-, cumplimiento autocomunicado Haynes-Sackett-CAHS; CEPOC: validez diagnóstica de métodos indirectos de medida de AT: TMG, TB y CAHS; ICEPOC: eficacia de una intervención multifactorial sobre AT en pacientes con EPOC en Atención Primaria (AP); TECEPOCI y II: eficacia a corto plazo (3 meses) y largo plazo (1 año) de dos intervenciones para mejorar la técnica inhalatoria en pacientes con EPOC de AP; TIEPOC: eficacia a largo plazo (12 meses) de dos intervenciones para mejorar la técnica inhalatoria en pacientes con EPOC de AP.

Diseño:

Cohorte: estudio de cohortes (5 años); CEPOC: Estudio de cohorte (1 año, visitas 3-6 meses); ICEPOC: ensayo clínico aleatorizado, controlado (ECA); TECEPOC: Ensayo clínico parcialmente aleatorizado (análisis de preferencias); TIEPOC: ECA, controlado.

Emplazamiento: 22 centros de salud (rurales-urbanos).

Material y métodos: pacientes diagnosticados de EPOC con terapia inhalada. Se excluyen otras patologías respiratorias y problemas cognitivos.

Cohorte: Medición AT mediante test indirectos: TMG, TB, CAHS.

CEPOC: Análisis validez diagnóstica métodos jerarquizados y no jerarquizados. Patrón-oro: recuento dosis inhaladas.

Intervención ICEPOC: 1) exploración creencias respecto a enfermedad-tratamiento-AT, mediante técnicas entrevista motivacional; 2) explicación-refuerzo mediante folleto aspectos relacionados con EPOC y su tratamiento, 3) taller entrenamiento en técnicas de inhalación.

TECEPOC: Evalúa preferencias del paciente por alguna de las intervenciones, si existe una marcada se asigna a ella, caso contrario se aleatoriza. Intervención: A) folleto explicativo técnica inhalatoria con los dispositivos; B) folleto y entrenamiento individual por monitor.

TIEPOC: Eficacia de las intervenciones: A) folleto explicativo técnica inhalatoria con los dispositivos más utilizados; B) folleto y entrenamiento individual por monitor.

Aplicabilidad:

El desarrollo de la línea ha permitido recomendar un modo de actuar en el paciente no adherente a partir de las conclusiones de los 3 primeros estudios. Cifra baja de AT (17%); gran variabilidad AT con el tiempo y los distintos test indirectos. Ausencia de estudios validez

diagnóstica de estos test en pacientes con EPOC. Análisis validez diagnóstica: usar TMG y TB conjuntamente ante sospecha de alta prevalencia de incumplimiento terapéutico (no cumplidor=detectado por TMG o TB). El recuento de dosis es alternativa cuando prevalencia de incumplimiento es baja.

Tras validar los métodos indirectos, diseñamos un estudio de intervención para mejorar AT (ICEPOC). La intervención mejora la adherencia (NNT=6.8). El 85% de los sujetos realizaban incorrectamente la técnica de inhalación. Es importante profundizar en el análisis

de estrategias para mejorar la técnica: TECEPOC. Durante la fase de inclusión de pacientes se obtiene financiación para prolongar seguimiento: TECEPOC II. Los brazos de preferencias se completan antes que los aleatorizados. Por ello se planteó el TIEPOC.

Aspectos ético-legales: permisos comités ética y de ensayos clínicos. Firma consentimiento informado.

Palabras Clave: EPOC (COPD), adherencia (Adherente), intervenciones-educativas (Educational-interventions), técnicas-inhalación (Inhalation-techniques).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Valoración del uso de retinografía como método de diagnóstico precoz de glaucoma crónico en Atención Primaria: validación de la prueba en el cribado del glaucoma de ángulo abierto en población con factores de riesgo

Sánchez González S¹, Molina E², Calvo Lozano J³, Cornejo M⁴, Sánchez González J⁵P⁴, García de la Corte FJ⁵

¹Médico Residente 4º año Medicina de Familia. UGC Molino de la Vega. Huelva

²Director de la Unidad Docente de Medicina de Familia de Huelva

³Médico adjunto en la UGC Molino de la Vega de Huelva

⁴FEA de Oftalmología. Hospital Infanta Elena de Huelva

⁵Médico Residente 3º año Medicina de Familia. UGC Molino de la Vega y Hospital Infanta Elena de Huelva

Título: Valoración del uso de retinografía como método de diagnóstico precoz de glaucoma crónico en Atención Primaria: validación de la prueba en el cribado del glaucoma de ángulo abierto en población con factores de riesgo.

Introducción: el glaucoma de ángulo abierto (GAA) es una enfermedad ocular crónica que produce deterioro progresivo de las fibras del nervio óptico. Supone la segunda causa de ceguera mundial.

Su diagnóstico precoz permite iniciar tratamiento de los factores de riesgo influyentes, ralentizando su progresión. Actualmente no se dispone de programas de cribado del GAA, además de su desconocimiento en Atención Primaria y falta de medios.

Usando la telemedicina, se ha valorado la posibilidad de diagnosticar el GAA mediante el examen de fotografías digitales de la papila obtenidas en consultas de Atención Primaria y remitida a especialistas con resultados prometedores. Proponemos aquí valorar el uso de retinografías para el cribado del GAA en población de riesgo desde Atención Primaria.

Objetivo: determinar la utilidad y validez de las retinografías como herramienta para diagnóstico precoz de GAA en población con factores de riesgo desde Atención Primaria.

Diseño: validación de la retinografía interpretada por médicos de familia como screening para GAA comparándola con las pruebas gold standard mediante un estudio observacional, descriptivo y transversal con valoración de forma ciega por dos observadores en paralelo.

Emplazamiento: no.

Material y métodos: la muestra se seleccionó entre pacientes del Plan integral de Diabetes de nuestra pro-

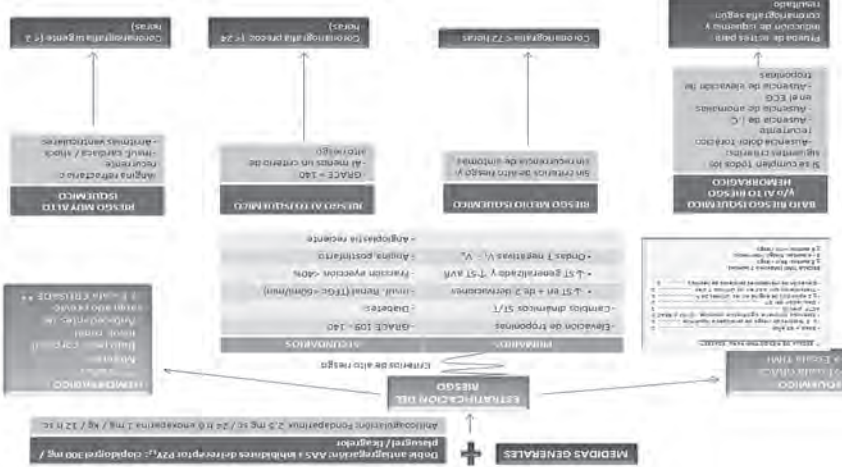
vincia según criterios de inclusión: diabéticos, de 40-70 años e hipertensos, quedando excluidos pacientes que no los cumplan, ya diagnosticados de GAA y/o sin retinografía valorable. El tamaño muestral se calculó con una precisión del 5% y nivel de confianza del 95% para una prevalencia esperada en la muestra del 17.3% (n= 220; n=259 estimando un porcentaje de pérdidas del 15%). La variable a estudio fue el diagnóstico de glaucoma crónico, como cualitativa nominal y dicotómica (diagnóstico positivo/ negativo). Se calculará sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo y cociente de probabilidad positivo y negativo, mediante los programas SPSS 12.0 y EpiInfo. Será necesario ampliar el estudio para determinar la validez de la retinografía para el screening en población general con factores de riesgo de GAA. Requerirá entrenamiento de los médicos de familia para la lectura de imágenes papilares. Como potencial herramienta de telemedicina, deberá ajustarse la captura, almacenamiento y transmisión de imágenes.

Aplicabilidad: establecimiento futuro de programas de detección precoz del GAA dotando de doble aplicación y mayor rentabilidad a los retinógrafos de Atención Primaria.

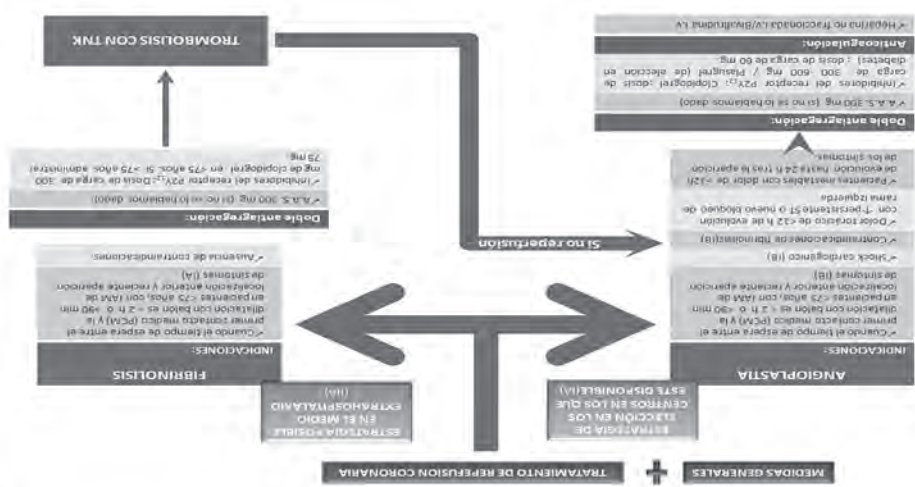
Aspectos ético-legales: la protección de datos y consentimiento informado se ajustan a la normativa según la Ley 3/2001, del 28 de mayo. El estudio fue revisado por el comité de ética e investigación clínica de nuestro Hospital. Todos los participantes recibirán previamente información escrita sobre el estudio.

Palabras Clave: Open angle glaucoma (glaucoma de ángulo abierto), diagnosis (diagnóstico), straining (screening o cribado), telemedicine (telemedicina).

6. SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST (SCASEST)



7. SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST (SCASEST)



8. FIBRINOLISIS



ACTUALIZACIÓN

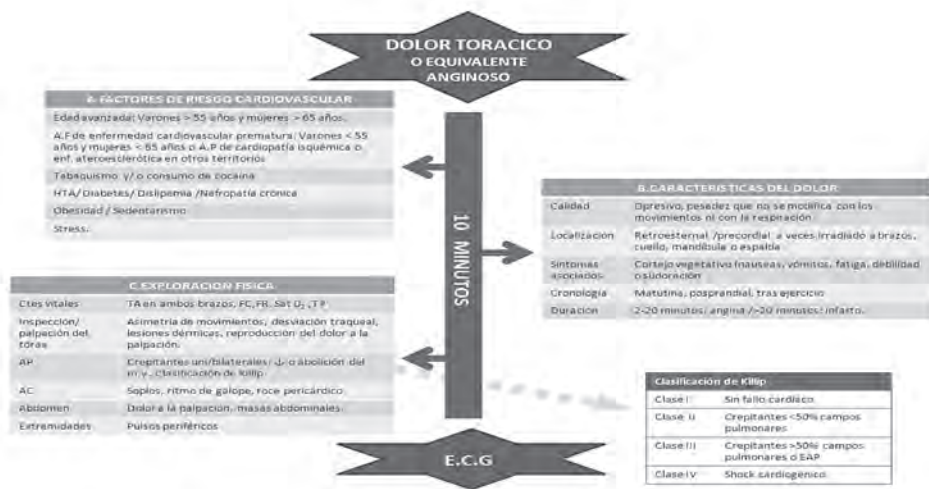
EN

SÍNDROME CORONARIO AGUDO

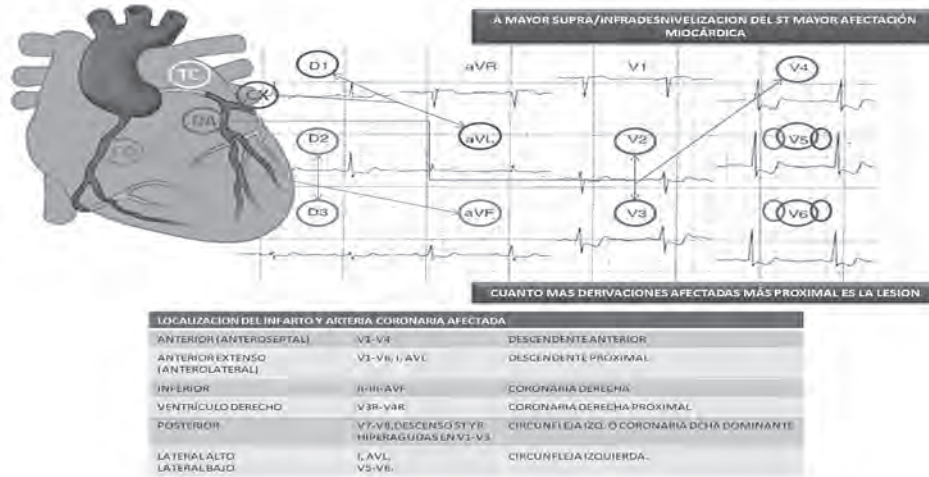
Revista Medicina de Familia Andalucía
Volumen 13, número 2, suplemento 1, octubre de 2012
ISSN-e: 2173-5573
ISSN: 1776-4524
Depósito Legal: Gr-368-2000

Dra. Inmaculada Pérez López
Dra. Inmaculada Domínguez Gallo
Rosa Figueroa Chacón

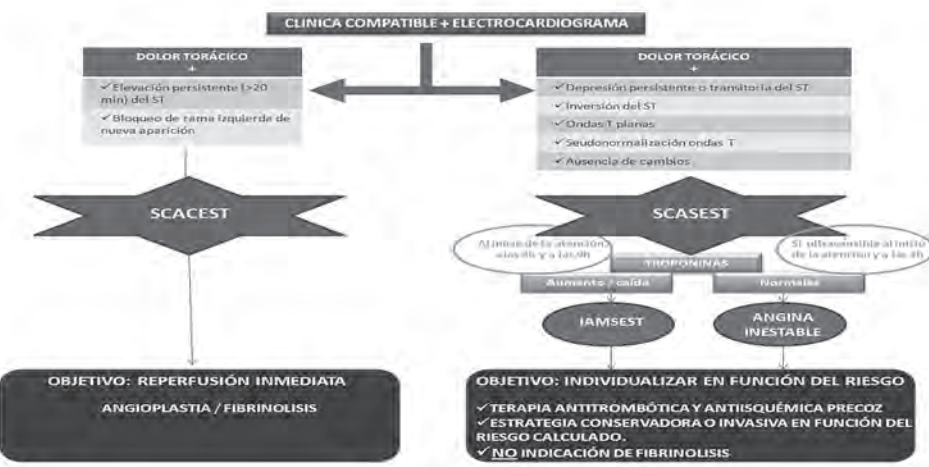
Grupo Urgencias SAMFYC



2. EVALUACIÓN INICIAL DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO



3. ELECTROCARDIOGRAMA EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO



4. CLASIFICACIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Monitorización ECG y de constantes vitales de forma continua.
Tener cerca un monitor de fibrilación.

Avisar al teléfono de emergencias sanitarias si estamos en el centro de salud y solicitar ambulancia medicalizada. Se explicará situación clínica del paciente, si se trata de SCA/CEST/SCA/CEST y se orientará sobre la técnica de reperfusión más adecuada si lo precisa para optimizar tiempo y recursos.

Canalización de vía venosa periférica en lugares de fácil compresión y extracción de analítica. Se aprovechará la venopunción para determinación de glucemia capilar. Se evitarán punciones innecesarias.

Monitorización del O₂ mediante pulsioximetría. Administrar oxigenoterapia solo en pacientes con hipoxemia, disnea o insuficiencia cardíaca. Mantener Sat O₂ = 94-98% ó = 88-92% si insuficiencia respiratoria hipercápnica.

Antiagregación: Administrar AAS 150-325 mg masticada y tragada lo antes posible (1A). Contraindicado su uso si alergia, asma severa inducida por AINES o antecedentes de hemorragia gastrointestinal activa. En estos casos la mejor alternativa es el clopidogrel a dosis de carga 300mg.

Tratamiento antiisquémico (1C): Administrar nitroglicerina (NTG) si con la posibilidad de repetir la dosis cada 5 minutos hasta un máximo de 3 dosis. Valorar NTG i.v. siempre que contemos con material adecuado para su administración (bomba de perfusión). Diluir 1 amp de 50 mg de NTG en 500 cc de SG al 5%. Comenzar la perfusión a 15-20 ml/h, con incrementos de 10-15 ml/h cada 5 min hasta que desaparezca el dolor o aparezca hipotensión arterial. Contraindicada si TAS <90 mmHg o antecedentes de toma de inhibidores de la fosfodiesterasa (sildenafil-tadalafil-sildenafil).

Analgesia:
 - Cloruro morfínico (1 amp=1ml=10mg): diluir en 9 cc de SF (1cc=1mg) y administrar 4 mg i.v. si repitiendo bolos de 2mg cada 5-15 min.
 - Meperidina (1 amp=2ml=10mg): indicada al hipotensión, bradicardia o bloqueo AV. Diluir en 8cc SF (1ml=10mg) y administrar 25mg a 50mg (2.5cc-5cc) i.v en bolos.

NO

- No realizar esfuerzos.
- No utilizar la vía intramuscular.
- No usar AINES por sus efectos protrombóticos.
- No usar nitratos con fines diagnósticos.
- No proceder al traslado del paciente sin desfibrilador.
- No usar betabloqueantes i.v. salvo en circunstancias especiales como la taquicardia durante las primeras 8 horas. El tratamiento con betabloqueantes debería iniciarse a dosis bajas por vía oral solo cuando el paciente esté estabilizado (1A).

5. MEDIDAS GENERALES E INICIALES EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO



