

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 9, número 2, suplemento 1, agosto 2008



18^o CONGRESO SAMFyC 2008 GRANADA



12, 13 y 14 Junio
Palacio de Exposiciones y Congresos





Comité Organizador

Presidente

Dr. D. Pablo García López
Médico de Familia. Unidad Docente de MFyC, Granada.

Vicepresidente

Dr. D. Rafael Montoro Ruiz
Médico de Familia. Centro de Salud Gran Capitán, Granada.

Tesorero

Dr. D. Francisco J. Guerrero García
Médico de Familia. Centro de Salud Gran Capitán, Granada.

Secretaria

Dra. D^a. Susana Domínguez Martín
Médica de Familia. Centro de Salud Cartuja, Granada.

Vocales

Dra. D^a. Amparo Ortega del Moral
Médica de Familia. Centro de Salud Almanjáyar, Granada.

Dra. D^a. Rosa M^a Jiménez Liñán
Médica de Familia. Centro de Salud Cenes de la Vega, Granada.

Dra. D^a. Carmen Sánchez Ortega
Médica de Familia. Centro de Salud Zaidín Sur, Granada.

Dra. D^a. María Pedrosa Árias
Médica de Familia. Centro de Salud Cartuja, Granada.

Dr. D. Miguel Melguizo Jiménez
Médico de Familia. Centro de Salud Almanjáyar, Granada.

Dra. D^a. Pilar Concha López
Médica de Familia. Centro de Salud Salvador Caballero, Granada.

Dr. D. Enrique Moratalla López
Médico de Familia. Centro de Salud Cartuja, Granada.

Comité Científico

Presidente

Dr. D. Francisco Ramos Díaz
Médico de Familia. Centro de Salud La Chana, Granada.

Secretario

Dr. D. Francisco Javier Gallo Vallejo
Médico de Familia. Centro de Salud Zaidín Sur, Granada.

Vocales

Dr. D. Carlos Prados Arredondo
Médico de Familia. Servicio Provincial EPES 061, Granada.

Dr. D. Fernando Antúnez Gálvez
Médico de Familia. Centro de Salud de Santa Fe, Granada.

Dr. D. Pedro A. Rivas del Valle
Médico de Familia. Unidad Docente de MFyC, Granada.

Dra. D^a. M^a José Orgaz Rosua
Médica de Familia. ZBS Churriana de la Vega, Granada.

Dr. D. Carlos Martín Pérez
Médico de Familia. Centro de Salud del Marquesado, Granada.

Dra. D^a. Isabel Rodríguez Bravo
Médica de Familia. Centro de Salud Almanjáyar, Granada.

Dra. D^a. M^a Filomena Alonso Morales
Médica de Familia. Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Dra. D^a. Beatriz Pascual de la Pisa
Médica de Familia. Centro de Salud de Camas, Sevilla.

Dr. D. Antonio Duarte Carazo
Médico de Familia. Hospital Torrecárdenas, Almería.

Comité de Honor

Presidencia de Honor del Congreso

Excmo. Sr. D-. Manuel Chaves González,
Presidente de la Junta de Andalucía

Miembros de Honor

Excmo. Sr. D. José Torres Hurtado,
Alcalde de Granada.

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

Ilmo. Sr. D. Antonio Martínez Caler,
Presidente de la Excma. Diputación de Granada.

Excmo. Sr. D. Francisco González Lodeiro,
Rector Magnífico de la Universidad de Granada.

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

Ilmo. Sr. D. Jesús Huertas García,
Delegado de la Consejería de Gobernación de Granada.

Sra. D^a. Elvira Ramón Utrabo,
Delegada de la Consejería de Salud de Granada.

Dr. D. Pedro Barranco Bueno,
Presidente del Iltre. Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Granada.

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

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Manuel Lubián López

Vicepresidente Primero

Juan de Dios Alcántara Bellón

Vicepresidente Segundo

Pablo García López

Vicepresidente Tercero

Isabel Corona Páez

Secretaria

Amparo Ortega del Moral

Vicepresidente Económico

Francisco José Guerrero García

Vocal de Docencia

Herminia M. Moreno Martos

Vocal de Investigación

Beatriz Pascual de la Piza

Vocal de Residentes

Salvador Pendón Fernández

Vocal de Formación Continuada

Pablo García López

Vocal de Relaciones Externas

Juan de Dios Alcántara Bellón

Vocal provincial de Almería:

José-Pelayo Galindo Pelayo

jpelayo@larural.es

Vocal provincial de Cádiz:

Manuel Lubián López

mlubianl@ono.com

Vocal provincial de Córdoba:

Pilar Serrano Varo

pseval@supercable.es

Vocal provincial de Huelva:

Jesús E. Pardo Álvarez

jeparedes10@teletel.es

Vocal provincial de Jaén:

Justa Zafra Alcántara

justazafra@wanadoo.es

Vocal provincial de Málaga:

Jesús Sepúlveda Muñoz

jesemu@gmail.com

Vocal provincial de Granada:

Francisco José Guerrero García

franguerrero72@yahoo.com

Vocal provincial de Sevilla:

Leonor Marín Pérez

leonormp@samfyc.es

Patronato Fundación

Juan Manuel Espinosa Almendro

Juan de Dios Alcántara Bellón

Pablo García López

Reyes Sanz Amores

Manuel Lubián López

Amparo Ortega del Moral

Antonio Zarallo Pérez

Isabel De Andrés Cara

Santiago Gascón Veguín

Francisco José Guerrero García

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

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

Tel: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02

e-mail: samfyc@samfyc.es

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

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTOR:

Manuel Gálvez Ibáñez

SUBDIRECTOR:

Antonio Manteca González

CONSEJO DE DIRECCIÓN:

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

CONSEJO DE REDACCIÓN

Manuel Gálvez Ibáñez
Pablo García López
Francisca Leiva Fernández

CONSEJO EDITORIAL:

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

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

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

REPRESENTANTES INTERNACIONALES:

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

Medicina de Familia. Andalucía

Envíos

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

Para Correspondencia

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

Página web: <http://www.samfyc.es/Revista/portada.html>
<http://www.samfyc.es> e ir a <<revista>>.
e-mail: revista@samfyc.es
samfyc@samfyc.es

Webmaster: Carlos Prados Arredondo.

Secretaría administrativa y comercial

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

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr-368-2000

Copyright:

Fundación Revista Medicina de Familia. Andalucía
C.I.F.: G – 18551507

Reservados todos los derechos.

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

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

Printed in Spain.

Maqueta: Antonio J. García Cruz

Imprime: Copartgraf, S.L.

Información para suscripciones

Medicina de Familia. Andalucía aparecerá publicada con una periodicidad cuatrimestral. El precio de la suscripción anual para España es de 36 Euros. Ejemplar suelto: 12 Euros. Precio de suscripción anual para la Unión Europea: 40 Euros; resto de países: 50 Euros. Los precios incluyen el IVA pero no las tasas de correos.

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

Como suscribirse a Medicina de Familia. Andalucía

La orden de suscripción deberá ser remitida por correo a: Revista Medicina de Familia. Andalucía. Departamento de suscripciones. C/ Arriola, 4-bajo D. 18001 Granada (España); o bien por fax: +34 958 804202.



Publicación Oficial de la
Sociedad Andaluza de Medicina
Familiar y Comunitaria

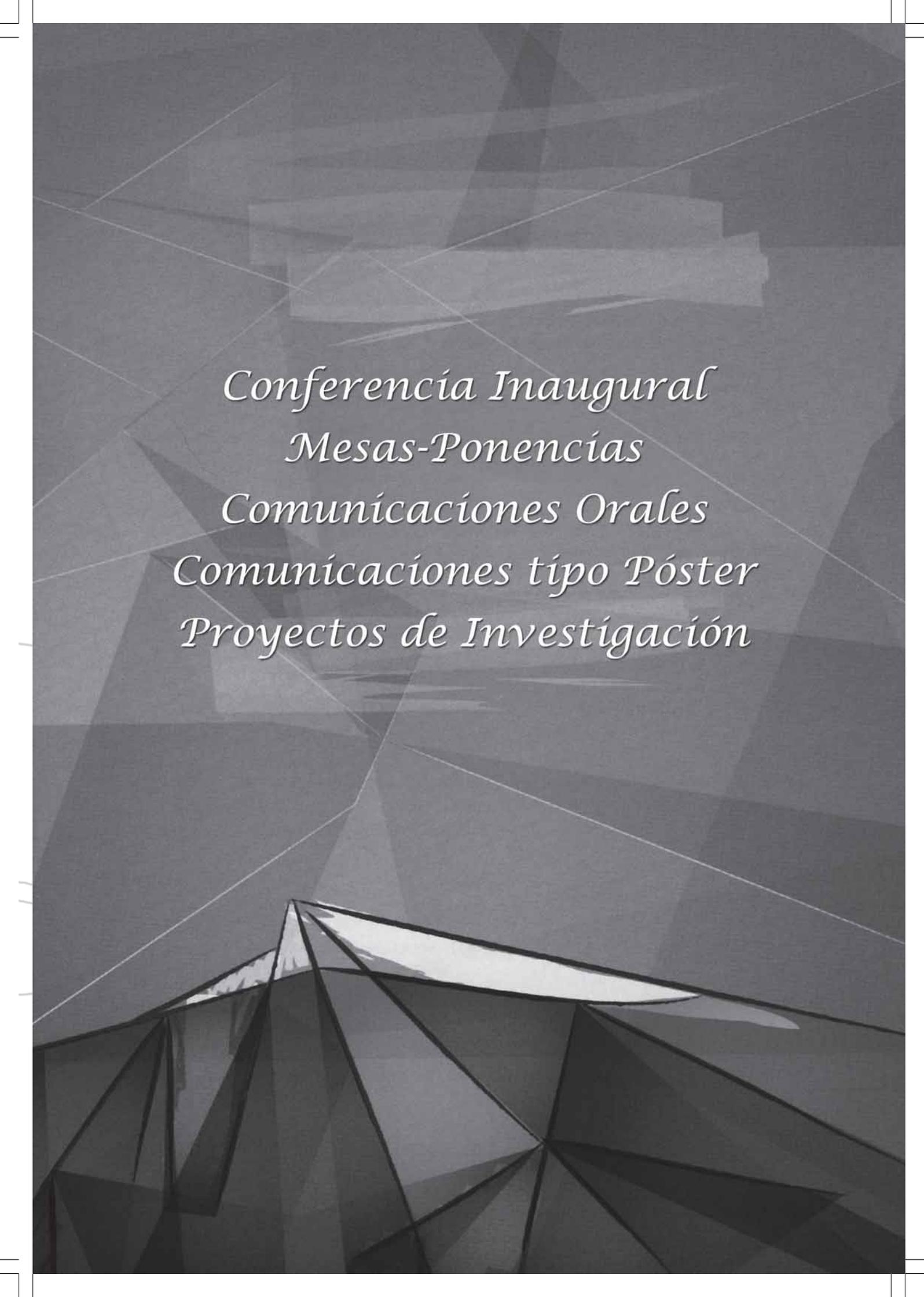
MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

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

Sumario

- Conferencia Inaugural**
- 7 Las violencias contra los profesionales: interpretaciones y respuestas
- 16 Mesas-Ponencias
- 46 Comunicaciones Orales
- 70 Comunicaciones Tipo Póster
- 120 Proyectos de Investigación





Conferencia Inaugural
Mesas-Ponencias
Comunicaciones Orales
Comunicaciones tipo Póster
Proyectos de Investigación

CONFERENCIA INAUGURAL

Las violencias contra los profesionales: interpretaciones y respuestas

Irigoyen J

Universidad de Granada

En los últimos años se incrementan las agresiones a profesionales en los centros de salud. Los incidentes que implican agresiones físicas representan sólo una parte de las distintas violencias que comparecen en la cotidianeidad asistencial. Los conflictos o situaciones de tensión se suceden persistentemente. Estos *microconflictos* adoptan distintas formas de recriminaciones, censuras, exigencias imperiosas, demandas desmesuradas, rigideces en la relación interpersonal, ofensas, insultos, amenazas y, en algún caso, agresiones físicas.

La violencia total existente resulta de la suma de los incidentes registrados por las distintas instituciones estatales, la violencia estimada en las encuestas y aquella no explicitada, pero vivida subjetivamente por los profesionales. La violencia registrada es la parte de visible de un iceberg que se sustenta en una base consistente.

La heterogeneidad y diversidad de situaciones de previolencias o violencias es patente. En ella aparecen elementos de violencias estructurales, de violencias culturales, de violencias vinculadas a personalidades impulsivas, así como a características individuales de las personas que las ejercen. Es por esta razón por la que prefiero definir el problema en plural: violencias. El contexto en el que se producen es el de una masificación de la asistencia y una crispación derivada del desencuentro entre una realidad vivida muy diferenciada de la constituida por la comunicación pública. Las apelaciones a la excelencia de las políticas sanitarias contrastan con la implementación progresiva de planes de seguridad en los centros sanitarios.

Se trata, entonces, de un problema complejo, que persiste en el tiempo y que se incrementa, corriendo incluso el riesgo de la habituación. Sin embar-

go, como es propio del tiempo actual, se entiende como un accidente extraño a la sociedad global. La hipótesis central que voy a enunciar en esta intervención es la contraria: La expansión de las violencias en el campo de la asistencia sanitaria no es un accidente ni un fenómeno extraño, sino un acontecimiento que presenta ciertas coherencias con el contexto sociohistórico actual.

En la literatura existente subyace una interpretación dominante: este es un problema *interno* del campo sanitario y se debe principalmente a las características de algunas categorías de pacientes definidas en términos cuasipatológicos. Así los impulsivos, desequilibrados o estigmatizados por distintas marginaciones son los protagonistas de las violencias. Se sugiere algún vínculo con problemas más generales tales como el estrés o con las expectativas desmesuradas de los pacientes, pero estas visiones quedan relegadas frente a la proyección de responsabilidad exclusiva a los grupos estigmatizados.

En coherencia con esta definición, las respuestas consisten en solicitar de la administración planes de seguridad protectores de los profesionales. En segundo plano aparece una línea creciente de formar a los mismos en técnicas de comunicación y abordaje de conflictos. Cuando estas medidas no son eficaces frente a la expansión de las agresiones se produce una escalada de solicitud de penalización y criminalización para los agresores, con castigos efectivos y proporcionales a la gravedad de los atentados. También proliferan protestas en los centros en los que se producen agresiones que visibilizan algunos elementos de desamparo, rabia, incertidumbre y perplejidad.

Las violencias en los contextos asistenciales no pueden ser atribuidas sólo a características de los ac-

tores involucrados. La violencia estructural derivada de la misma organización social, desempeña un papel determinante. El concepto de violencia simbólica enunciado por Bourdieu es útil para comprender algunos comportamientos defensivos de diversos sectores sociales de usuarios que se encuentran en el exterior de las abstractas categorías de clientes que define el sistema sanitario. Además, a las violencias estructurales presentes cabe añadir la violencia entendida como cultura vital de segmentos de usuarios que viven en los crecientes mundos sociales desregulados normativamente y en los que rigen las relaciones de fuerza.

Desde una perspectiva diferente, las violencias emergentes en la asistencia sanitaria pueden definirse en coherencia con el contexto global en el que se producen. Existe consenso acerca de la constatación de que se asiste a un cambio social de gran envergadura en el tiempo presente. Una nueva sociedad emerge sobre la inmediatamente anterior. La teoría de la estructuración de Giddens contribuye a comprender esta mutación. En esta situación de cambio global tienen lugar varios procesos de estructuración social: económicos, políticos, organizativos, culturales, de modos de vida, de estructuras convivenciales y de modelos de yo. Estos procesos no siempre se encuentran integrados ni suceden con iguales ritmos temporales, ni se rigen por las mismas lógicas. La diversidad de procesos de estructuración produce tensiones. En particular entre los ámbitos que se transforman a gran velocidad autoproduciendo los cambios y aquellos que cambian con lentitud adaptándose a las mutaciones ocurridas en otras esferas. El resultado de esta espiral de cambios es una alta tasa de desorganización y complejidad.

Sin embargo, se mantiene por parte de las autoridades y las élites una imagen de progreso unitario que se corresponde con algunos de los procesos de estructuración pero que no se puede atribuir a todos ellos. De este modo se construye una visión unilateral y simplificadora. Cuando numerosos hechos sociales no encajan en el molde global del progreso, como el caso de emergencia de las violencias, se generan reacciones de temores y recelos difíciles de conceptualizar y abordar. Los climas de desconfianza y recelo son inevitables.

La tensión principal de las complejas sociedades actuales se deriva de la desincronización de los cambios sociales derivados de la pluralidad de los

procesos de estructuración. Unos ámbitos sociales que se estructuran a gran velocidad, como las esferas correspondientes a la tecnología, la empresa y los medios, impulsando procesos instituyentes que extienden sus efectos a todas las esferas. Otras esferas sociales mutan lentamente adaptándose a los cambios producidos por aquellos, como el estado, las grandes instituciones y organizaciones sociales que con anterioridad estaban reguladas por la burocracia.

Las sociedades actuales son conglomerados de unidades heterogéneas, gobernadas por lógicas diferentes e interrelacionadas entre sí. Múltiples formas sociales, formas productivas, sistemas relacionales, economías y mundos sociales en continua reestructuración y movimiento. En coherencia con ese contexto caracterizado por la heterogeneidad y la provisionalidad derivada de la secuencia de cambios, explota la praxis de vivir frente a la crisis, aunque ahora se denomina desaceleración, de las instituciones. Estas sufren un proceso de deslegitimación. Lo vivido desplaza a lo instituido generando inevitables tensiones. En este contexto se pone fin a una época en la que ha dominado la hegemonía concertada del estado y la ciencia. Ahora instituciones, jerarquías y saberes son erosionados por las dinámicas sociales, tal y como constata Lyotard. Ese es el escenario donde se inscriben los centros de salud.

La mutación más importante de la nueva sociedad es la nueva relación entre el estado y el mercado. La hegemonía del estado generaba un orden social sólido. Bauman define como *modernidad líquida* al nuevo orden social dominado por el mercado. Los procesos de estructuración instauran un nuevo orden social caracterizado por la fluidez. La relación existente entre el incremento de las violencias y la licuación de la atención primaria es una hipótesis verosímil.

El orden social sólido que se extingue se articula en torno al estado. Este se instituye jurídicamente. La hegemonía corresponde a las leyes que definen las situaciones, los comportamientos aceptables, los límites y las prohibiciones. Las reglas sociales de la sociedad civil se constituyen según el modelo de las normas jurídicas. Definen un estándar de comportamientos. Todo este sistema normativo configura la subjetividad. El arquetipo ciudadano resulta modelado por ese sello. El ciudadano es principalmente un sujeto responsa-

ble ante el entramado normativo. El orden social resultante se encuentra articulado por estructuras e instituciones y dotado de estabilidad. La forma dominante de sufrimiento es la neurosis.

La creciente centralidad del mercado resultante de los procesos de estructuración desplaza al estado y configura un nuevo orden social caracterizado por nuevas reglas de juego. La red de grandes unidades sociales productora de las normas disminuye su importancia frente a agrupamientos más volátiles, ligeros y cambiantes. El orden social es ahora más indeterminado, heterogéneo y contingente. Se configura un orden fluido. El nuevo lazo social hegemónico no es el ciudadano sometido a normas de la era sólida. Ahora es el consumo quien provee el modelo de vínculo social. Aparece el arquetipo consumidor o cliente.

El cliente es un ser dotado de una sociabilidad diferente a la del ciudadano. Enuncia sus derechos en términos privados, poniendo en el centro su persona, con cierta autonomía del cuerpo normativo que los respalde. Los derechos son esencialmente subjetivos. Uno de los efectos principales de esta nueva realidad es que como todos tenemos derechos subjetivos iguales los conflictos tienden a resolverse mediante las relaciones de fuerza. El tráfico constituye un espacio social que ilustra esta afirmación. No es que no existan normas, pero su valor práctico es más discrecional y son alteradas frecuentemente por las decisiones de los ciudadanos-conductores. En el orden social líquido la ciudadanía entendida como una entidad cívica se encuentra en retroceso. Se confirma una importante mutación de la subjetividad que configura el arquetipo cliente menos responsable ante las normas que ante sí mismo. Esta forma de individuación da lugar a otros sufrimientos coherentes con el nuevo contexto.

Las grandes instituciones de la era sólida, amparadas por el estado que sanciona sus reglamentos, se encuentran en una situación en la que su entorno es móvil y desintegrado. Las viejas cartas de navegación no funcionan. En situación de licuación necesitan renovar sus cogniciones y estrategias para compensar su situación de desamparo. La atención primaria constituye un ejemplo ilustrativo.

Los procesos de estructuración que configuran el nuevo orden social líquido tienen efectos sobre la

demanda sanitaria que es imprescindible comprender en relación con la emergencia de las violencias: Expansión de vulnerabilidades, temores crecientes, deterioro de condiciones de vida para algunos sectores sociales, fragmentación biográfica, estimulación de las necesidades, debilitamiento de la organización social protectora y multiplicación de formas problemáticas del yo. Todos estos factores se relacionan con los problemas de salud específicos de la época.

Todas las cuestiones analizadas hasta aquí forman parte de una base que explica las violencias. Los modelos consumeristas que determinan expectativas irreales, la naturaleza del arquetipo consumidor-cliente, la comunicación pública de la administración que nutre las expectativas crecientes, la masificación de la asistencia, las políticas sanitarias que generan sobrecargas de trabajo y restricción en los recursos, los modelos de clientelización, la heterogeneidad social y cultural de la demanda, la idoneidad de los centros de salud como espacios de expresión de los males, los modelos de yo desmesurados, las violencias culturales de segmentos de usuarios, la revancha social de sectores que se consideran en igualdad con los profesionales, la deslegitimación del saber profesional, la degradación de condiciones convivenciales, económicas y sociales de distintos sectores con carencias.

El factor de tensión principal radica en la escala de necesidades percibidas derivada de los modelos de consumo en contraposición con los límites de recursos del sistema sanitario. Los profesionales son los encargados de comunicar la *letra pequeña* de las prestaciones accesibles y sus condiciones.

Estos son los factores que estimulan el incremento de la conflictividad que constituye la base de las violencias. Una situación compleja y novedosa que representa un excedente cognitivo para los médicos y para el sistema sanitario, escasamente capaz de interpretar y metabolizar los cambios acontecidos. Su persistencia genera un excedente emocional que puede ser definido como un *síndrome de acoso* y que estimula el crecimiento de la conflictividad.

Tal y como se ha definido el problema de las violencias hasta aquí, partiendo de los cambios sociales y el contexto global en el que se inscribe la

atención primaria, que genera las bases sobre las que se asienta la espiral malestares-conflictos.previolencias-violencias, se proponen respuestas coherentes con este enfoque, que vayan más allá de las respuestas derivadas del problema definido como *interno*.

Se puede definir a la sociedad como un campo dinámico en el que se articulan varias dimensiones: El conocimiento y la comunicación, las relaciones, los intereses y las acciones. Las mutaciones que se suceden en estas dimensiones se entrelazan generando dinámicas sociales complejas. Tal y como se ha constatado anteriormente el tiempo actual es un tiempo de aceleración de los cambios.

La visión de campo dinámico permite enunciar la interpretación principal: la posición de la atención primaria y de los médicos de familia en particular se ha modificado en el campo total en los últimos años. Su posición en todas las dimensiones es peor hoy que antaño, en los años ochenta y noventa. La emergencia de las violencias, su persistencia, la debilidad de los apoyos que concita y de las respuestas avalan esta afirmación. Las respuestas a las agresiones son localizadas en los centros donde se producen, internas en sus finalidades, puntuales, defensivas en su concepción, cognitivamente débiles y muy dependientes de la administración. Su contenido es sólo la protesta ante las agresiones y su proyección interna solicitando amparo. La escala en la que se produce el problema, que es general, no se corresponde con la escala de la respuesta que es localizada.

Definido en estos términos, responder efectivamente a las violencias implica mejorar la posición en el campo total, en todas sus dimensiones. Esto sólo es posible superando la visión tan manifiestamente interna y sectorial, que ignora el campo total. Las organizaciones profesionales tienen un ámbito de actuación restringido. La recuperación de la visión de campo implica actuaciones dirigidas a otros actores del campo para contrarrestar los efectos adversos derivados de la posición de la administración. Ejercer la política entendida como la defensa activa de intereses profesionales en un campo complejo donde las jugadas siempre son a varias bandas, movilizar efectivamente la fuerza que otorga la función que desempeñan los médicos de familia y preservar la autonomía son las reglas imprescindibles.

La falta de eficacia en las respuestas de los médicos de familia a las violencias proporciona algunos indicios de disminución de la autonomía de la profesión. Un profesional no puede ser una máquina programada para aplicar soluciones estandarizadas en una *fábrica de servicios*. No se puede entender a un profesional como una terminal de ninguna administración. La asistencia sanitaria en las condiciones vigentes de heterogeneidad y complejidad social implica trabajar sobre problemas de salud y manejar relaciones personales. El indicador más elocuente de la complejidad de la asistencia radica en que simultáneamente se trata a la última generación de la sociedad industrial al mismo tiempo que a la primera de la nueva sociedad del conocimiento, radicalmente distinta. En una situación tan novedosa ideas tan emblemáticas como “diez minutos para el paciente” quedan obsoletas. En la nueva situación serían ya quince minutos.

Las respuestas micro basadas en la seguridad y la formación en comunicación y conflictos tienen necesariamente que ser complementadas con las más explícitamente centradas en el campo total. El interlocutor de las mismas no puede ser sólo la administración sino la coordinación e interacción con otros intereses sociales, con los que se generen sinergias.

Conservar la autonomía profesional conlleva defender la perspectiva mediante la que se conoce el mundo a partir de donde se vive. En las consultas médicas se hacen visibles todos los signos de los problemas sociales reseñados anteriormente. Las definiciones de la situación realizadas desde las direcciones de las organizaciones sanitarias contienen algunos elementos cuanto menos extraños a las realidades vividas. En los términos de un pensador tan riguroso y sugerente como Zizek, los profesionales viven lo *real-real*, que se distingue de lo *real-imaginario* vivido por los directivos. El lema de “bienvenidos al desierto de lo real” representa el desencuentro existente entre ambas visiones.

Los médicos de familia, habitantes de lo que Castells denomina el *espacio de los lugares*, las consultas, no pueden renunciar a su perspectiva a favor de la elaborada en el *espacio de los flujos* por tecnócratas o directivos. Hacer valer su cosmovisión es el reto del futuro inmediato para abordar el difícil problema de las violencias, tan vinculado con las nuevas realidades sociales.

MESA: Prevención del paciente de alto riesgo cardiovascular: evidencias clínicas

Ponencia: Aplicación del riesgo cardiovascular en Atención Primaria

Martín Rioboó E

Coordinador del Grupo de HTA de SAMFyC

En la actualidad, definimos factor de riesgo como un elemento o una característica mensurable que tiene una relación causal con un aumento de frecuencia de una enfermedad y constituye factor predictivo independiente y significativo del riesgo de presentar la enfermedad de interés.

Probablemente sea la cohorte del estudio Framingham (ya por su tercera generación) la que originó los principales avances en el estudio y valoración del riesgo cardiovascular. Al acuñar la expresión "factor de riesgo", el Framingham Heart Study facilitó un cambio en la práctica de la medicina.

Los grandes estudios epidemiológicos de observación permitieron identificar las variables que se asociaban con una mayor probabilidad de presentar una enfermedad cardiovascular. Éstas han sido corroboradas recientemente por el estudio INTERHEART, en el que se compararon las circunstancias que diferenciaban a pacientes afectados de infarto de miocardio de un grupo sano control¹. El tabaquismo, la dislipemia, la diabetes, la hipertensión, la obesidad y el estrés fueron, una vez más, los factores determinantes, mientras que la ingesta de fruta y verdura, la actividad física y el consumo de alcohol protegían del proceso. Éstos eran los protagonistas independientemente de la edad, el sexo o la zona geográfica mundial que se tuviera en cuenta.

Varios inconvenientes pueden surgir al estratificar el riesgo CV de los pacientes mediante las tablas al uso, y su conocimiento no resta importancia al hecho de su utilización de forma generalizada por los profesionales sanitarios. Como dijo Paul Preston *quién no conoce la historia está condenado a repetirla*, por lo que no

hay nada como conocer los problemas de una herramienta de trabajo para utilizarla confiadamente, conociendo sus limitaciones:

1. La presencia de un solo factor de riesgo, grave, o con una presencia individual intensa (HTA grado III, hipercolesterolemias severas, grandes fumadores...etc), deberían agravar el pronóstico cardiovascular estratificado en las tablas. De hecho algunas recomendaciones recientes como las del III y IV Task Force europeo en prevención cardiovascular así lo tienen en cuenta y proponen algunas fórmulas para intentar solventar este inconveniente (multiplicar el riesgo por 1.5, o considerar al paciente como de mayor riesgo al hallado)²⁻⁵

2. La edad es un sesgo a tener en cuenta, en ambos extremos, esto es, en edades jóvenes y en ancianos. De este modo la carga de pronóstico cardiovascular que supone la edad está excesivamente presente de forma que los pacientes ancianos, solo por el hecho de serlo, tendrían un riesgo absoluto de enfermedad cardiovascular elevado. Inversamente, los pacientes jóvenes pueden ser infravalorados en su riesgo cardiovascular al utilizar el riesgo absoluto.

Algunos consensos intentaron solventar esta última consideración utilizando la extrapolación en pacientes jóvenes del riesgo estratificado a la edad de 60 años y obrar en consecuencia². Esto, que podía parecer subjetivo, ha sido tratado en la última edición de estas guías aportando tablas de riesgo relativo que deberían ser utilizadas en estos rangos de edad inferior (figura 1)⁴. Un resumen de las mismas traducido al español ha sido publicado recientemente en una revista española de prestigio⁵

De hecho ya en la última revisión de las recomendaciones en prevención cardiovascular del Plan de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de semFYC, en el año 2005 aconsejaba utilizar el riesgo no proyectado para la toma de decisiones sobre el tratamiento, aunque el riesgo proyectado debe considerarse para una mayor insistencia en las medidas de modificación del estilo de vida. ⁶

3. No tienen en cuenta todos los factores de riesgo cardiovascular. Así algunos tan importantes como la obesidad, el sedentarismo, los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz, o incluso la diabetes no son tenidos en cuenta por la mayoría de las tablas. Incluso el HDL colesterol se ha utilizado irregularmente en las tablas de estratificación del riesgo CV a pesar de la evidencia rotunda de la morbimortalidad cardiovascular que ocasionan niveles bajos del mismo, y la disminución de este riesgo asociado a un aumento (se calcula que un aumento de 1 mg/dl en la concentración de HDL se asocia a una disminución del riesgo coronario de un 2% en los varones y un 3% en las mujeres).

4. En cualquier caso, la utilización de otros parámetros bioquímicos para intentar mejorar la evaluación pronóstica de la estratificación del riesgo no ha aportado nada añadido ⁷, excepto en algunas excepciones ⁸

5. Proliferación de múltiples tablas de riesgo CV

a. Según diferentes poblaciones: Framingham (población estadounidense), SCORE (población europea), Nueva Zelanda, Diabetes según el estudio UKPDS (población británica), PROCAM (varones europeos)...etc

b. Según el tipo de riesgo que se mide: Riesgo de infarto (ATP III), riesgo de ictus (D'Agostino), riesgo de enfermedad cardiovascular generalizado (tabla cualitativa de Guía europea de HTA), etc

c. Tablas adaptadas a países específicos: Regicor (adaptación de la tabla de Framingham a población española).

d. Diferenciadas por género y con nuevas variables para estratificar: Recientemente y en

este sentido, se publicaron unas tablas de predicción de riesgo en mujeres utilizando nuevos parámetros (PCR ultrasensible y antecedentes familiares de cardiopatía isquémica) que mejoran ostensiblemente esta valoración, las Reynolds score Risk ⁷

6. No todas las tablas miden lo mismo aplicadas a la misma población ^{9,10,11}

7. Sigue habiendo diferencias entre las distintas directrices en cuanto a los métodos de cálculo del riesgo cardiovascular, las definiciones de los umbrales de riesgo y las definiciones de qué pacientes deben ser tratados.

Esto causa confusión en los clínicos lo que podría ser una causa importante de que no se consiga aplicar estas directrices en la práctica clínica.

Sin embargo Las directrices actuales aportan recomendaciones claras, concisas y precisas sobre los métodos de detección sistemática e identificación de individuos asintomáticos en riesgo de ECV. Los objetivos de estas directrices son reducir la incidencia de primeros episodios clínicos debidos a enfermedad coronaria, ictus isquémico y enfermedad arterial periférica o recurrencias. El primer paso en este proceso es el cálculo del riesgo cardiovascular individual según la exposición a factores de riesgo

Estas pruebas de cribado (que no de diagnóstico de enfermedad) nos ayudan a racionalizar la selección de los pacientes en los que aplicar diferentes estrategias de prevención primaria, así como su intensidad.

Las prioridades médicas en la detección y actuación sobre los pacientes deben ser las siguientes: ³⁻⁵

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

2. Pacientes con riesgo alto cardiovascular:

a) Riesgo cardiovascular \geq 5%.

b) Elevación acusada de un factor de riesgo:

- Colesterol total \geq 320 mg/dl o cLDL \geq 240 mg/dl.

- Presión arterial \geq 180/110 mm Hg.

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

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

3. Familiares próximos de:

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

b) Individuos asintomáticos de muy alto riesgo

Una de las preguntas más realizadas por los asistentes a talleres, congresos y jornadas es: ¿Qué tabla de riesgo debemos utilizar? ¹²

En España existen actualmente dos ecuaciones adaptadas a población española. La tabla SCORE europea para países de bajo riesgo y la tabla Regicor con una adaptación española de las tablas de riesgo vascular de Framingham.

Sin duda, dada el amplio consenso que ha suscitado a nivel nacional la tabla SCORE, con la recomendación para su uso de 12 Sociedades Científicas, hecho inaudito hasta ahora en la Sociedad Científica Nacional, y más desde la publicación reciente de la calibración para España ¹³ es un criterio de peso para que sea esta la tabla a recomendar, a pesar de algunas de sus limitaciones (no incluir población diabética, no utilizar el HDL en el cálculo o limitarse a 65 años la posibilidad de estratificar el riesgo)¹⁴

La estratificación del riesgo CV mediante tablas, con las limitaciones referidas, sigue siendo el método más aproximado para catalogar la posibilidad de que un individuo sufra un evento cardiovascular, y por ello deben ser implementadas en todos los individuos, con las prioridades anteriormente reseñadas. No obstante, no debemos de olvidar que los pacientes señalados en los puntos 1 y 2 de estas prioridades ya son pacientes de alto riesgo CV por lo que sería redundante utilizar tabla alguna.

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

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

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

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

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

- Hipertrofia ventricular izquierda electrocardiográfica o ecográfica.

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

- Glucemia basal alterada.

- Obesidad abdominal o sedentarismo.

Sin embargo, y extrayendo literalmente una cita del reciente consenso europeo: *aunque estos individuos son los que obtienen mayor beneficio, la mayor parte de las muertes en una población son de los individuos con menos riesgo, simplemente porque son más numerosos que los individuos con alto riesgo, en los que, paradójicamente, aparecen menos episodios en cifras absolutas (paradoja de Rose)*. Así pues, una estrategia dirigida a los individuos de alto riesgo debe ser complementada con medidas de salud pública para reducir en la población, en la medida que sea posible, los factores de riesgo cardiovascular y animar a llevar un estilo de vida saludable. ⁵

Un resumen de las recomendaciones en prevención cardiovascular se puede apreciar en la tabla 1.

En general. Una aproximación resumida al Riesgo CV se puede apreciar en la tabla 2.

En conclusión la estratificación del riesgo CV debe ser una herramienta más del clínico, de uso cotidiano en la práctica clínica, que utilizada juiciosamente, en el contexto individual de cada paciente debe mejorar, sin duda, el conocimiento de la población. Recientemente se comienza a implantar un nuevo sistema de protocolización en el manejo de los pacientes en Andalucía; es el sistema de Procesos Asistenciales. El proceso de Riesgo Cardiovascular podría ser una forma de incidir de forma objetiva en el registro, cribado, diagnóstico y manejo de estos pacientes en nuestro medio, si se utiliza en el contexto adecuado y mejorando el tiempo del que se dispone actualmente para la valoración de pacientes en las consultas de Atención Primaria de nuestra comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al.. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004; 364: 937-52
2. De Backer et al. European guidelines on Cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart Journal*. 2003; 24: 1601-1610
3. Brotons C. Adaptación española de las guías europeas en prevención cardiovascular. *Aten Primaria*. 2004; 30:484-92
4. Graham I. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Executive summary. *Atherosclerosis*. 2007; 194: 1-45
5. Graham I et al. Guías de práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular: versión resumida. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61: e1-e49
6. Villar-Álvarez F, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares en atención primaria. Grupo de expertos del PAPPS. *Aten Primaria*. 2005; 36(Supl 2): 11-26
7. Wang TJ, Gona P, Larson MG, Tofler GH, Levy D, Newton-Cheh C, et al.. Multiple biomarkers for the prediction of first major cardiovascular events and death. *N Engl J Med*. 2006; 355: 2631-9.
8. Ridker PM, Buring JE, Rifai N, Cook NR. Development and validation of improved algorithms for the assessment of global cardiovascular risk in women: the Reynolds Risk Score. *JAMA*. 2007; 297: 611-9
9. Maiques A. Riesgo cardiovascular del SCORE comparado con el de Framingham. Consecuencia del cambio propuesto por las sociedades europeas. *Med Clin*. 2004; 123: 681-685
10. González C, Rodilla E, Costa JA, Justicia J, Pascual JM. Comparación entre el algoritmo de Framingham y el de SCORE en el cálculo del riesgo cardiovascular en sujetos de 40-65 años. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126: 527-31.
11. Gil V, Orozco D, Maiques A, Aznar J, Navarro J, Cea L. Concordancia de las escalas REGICOR y SCORE para la identificación del riesgo cardiovascular alto en la población española. *Rev Esp Cardiol*. 2007; 60: 042-50
12. Masana L. ¿Qué tablas de riesgo cardiovascular debemos utilizar? *Rev Esp Cardiol*. 2007; 60: 690-692
13. Sans S, Fitzgerald A, Royo D, Conroy R, Graham I. Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular para España. *Rev Esp Cardiol*. 2007; 60: 476-85

Figura 1.

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

Tabla de riesgo relativo. © The European Society of Cardiology

Tabla 1. Adaptado de Ref 4,5

¿Cuáles son los objetivos de la prevención de la ECV?

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

Tabla 2

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

MESA: Actualización Terapéutica II: infecciones respiratorias. ¿Sobrevivirán nuestros pacientes si no diésemos tantos antibióticos?

Ponencia: Infecciones Vías Altas

De Lucio-Villegas Menéndez M^ªE

Médico de Familia. Distrito Atención Primaria de Sevilla. Apoyo Asistencial a la Dirección de Salud

Las infecciones de las vías respiratorias altas (IRAs), representan el motivo de consulta infeccioso más importante en nuestro medio. Son por tanto una de las causas más importantes de baja laboral y escolar en nuestro medio.

La etiología en general más frecuentes de las IRAs es la vírica, por lo que suelen tener un curso autolimitado y con raras complicaciones.

RINITIS: proceso inflamatorio de la mucosa nasal. Clínicamente se caracteriza por rinorrea, obstrucción nasal, estornudos en salva e hiposmia. Puede cursar de forma aguda (catarro común), es la más habitual, pero también de forma crónica (alérgica).

· Etiología: viral. Rinovirus 30-35%, coronavirus 10%, parainfluenza y VRS 10-15%, enterovirus, coxsackie A21...

· Epidemiología: enfermedad de distribución universal que tiene un patrón de presentación a finales de invierno y principios primavera. Los adultos tienen de 2-4/episodios/año y los niños de 6-8/episodios/año. El principal reservorio de estos virus son los niños.

· Clínica: secreción nasal fluida, obstrucción nasal, tos, ligera amigdalitis, irritación ocular, febrícula y síntomas constitucionales leves. En lactantes la fiebre puede llegar hasta los 39°C, presentan irritabilidad, agitación y rechazo al alimento.

· Complicaciones: son poco frecuentes y están descritas otitis media 2%, sinusitis 0,5%, inva-

sió bacteriana por estreptococo pyogenes, neumococo, h.influenzae y estafilococo aureus.

· Diagnóstico: clínico y epidemiológico.

· Tratamiento: sintomático: analgésicos, antitusígenos, inhalaciones vapor de agua con esencia de eucaliptos. No antibióticos salvo en complicaciones bacterianas.

· Evidencias en rinitis: sugieren tratamiento sintomático con analgésicos, descongestionantes tópicos o sistémicos con duración establecida y lavados nasales (Grado 2C). Se puede utilizar glucocorticoides nasales tópicos como tratamiento sintomático para reducir la inflamación (Grado 2B).

SINUSITIS: proceso inflamatorio que afecta a las mucosas de los senos paranasales que cursa con meg, hiposmia, voz nasal, fiebre, tos y dolor de cabeza que se exagera con los movimientos. Puede presentarse de forma aguda (generalmente infecciosa), alérgica, traumática...

· Etiología: viral 40-60%, rinovirus, influenza y parainfluenza. Bacteriana, estreptococo pneumoniae (41%) y haemophilus influenzae (35%), moraxella catharralis 4%, estafilococo aureus 3%, anaerobios 7%, estreptococo especies 7% y otros 4% (UptoDate, febrero 2008,11).

· Factores predisponentes: obstrucción del seno de drenaje (rinitis, hipertrofia cornetes, Dis-morfia septal, poliposis, tumores); mala neumatización sinusal; contaminación e irritantes ambientales; enfermedades sistémicas (mucovis-

cidosis, patología tiroidea, inmuno-depresión); enfermedades dentales; mal uso de tratamiento nasal tópico y personas consumidoras de cocaína por inhalación.

- Epidemiología: predominio en adultos. Complicación de cuadros catarrales 0,5-2%. Los senos más afectados son los maxilares y etmoidales.

- Clínica: dolor facial, rinorrea purulenta (fundamentalmente unilateral), presión sinusal dolorosa, fiebre e hiposmia. La evolución clínica será guía para el tratamiento. Cuando los síntomas persistan más de 10 días se realizará una PCR y si es >de 10 el diagnóstico será seguro de sinusitis y tendremos que plantearnos las etiologías más probables.

- Diagnóstico: criterios de Berg son dolor sinusal unilateral, rinorrea purulenta unilateral, rinorrea purulenta bilateral e inspección con pus (VVP combinación síntomas 63-91%; S 81%, E 88%, VVP 88% con 3 o 4 síntomas. Comentar que estos criterios están basados en síntomas correlacionados con cultivos bacterianos obtenidos por punción astral del seno y no representa a la población de Atención primaria (UptoDate, febrero 2008,11). La radiología simple no está recomendada (S 0,73 y E 0,80) y se podrá solicitar ante curso atípico, duda diagnóstica y sinusitis crónica o aguda complicada.

- Tratamiento: sintomático con lavados nasales y analgésicos. Insistir en proceso "autolimitado"; el 60% de los casos resolución espontánea. Si prescripción antibiótica de 1ª elección amoxicilina 500mg/8h/10 días; valoración a las 48-72 horas y si no mejoría añadir ácido clavulánico 875mg-125mg/8h/10 días (si intolerancia digestiva: cefalosporina o quinolona). En alergia a betalactámicos, claritromicina 250mg/12h/10 días o azitromicina 500mg/24h/3 días.

- Evidencias en sinusitis: etiología bacteriana solo representa un 0,5-2% de todas las rinosinusitis. El diagnóstico es clínico (rinorrea purulenta, dolor facial, congestión nasal). La duración > de 7 días con síntomas que desde el inicio aumentan y empeoran sugieren etiología bacteriana. Analgésicos, vasoconstrictores nasales tópicos o sistémicos con duración limitada y fluidoterapia (Grado 2C). Gluco-

corticoides vía nasal mejoran síntomas (Grado 2B). No se recomiendan antihistamínicos (Grado 2B). Los pacientes con síntomas leves de 10 días de evolución, deben ser tratados durante 7 días más con terapia sintomática y observación (Grado 2B). Los pacientes con síntomas moderados o severos son susceptibles de tratamiento con antibiótico por la sospecha de infección bacteriana si $t^a > 38^{\circ}$, dolor severo o empeoran durante el periodo de observación (Grado 2B). Se recomienda antibióticos de estrecho espectro para el tratamiento empírico: amoxicilina 500mg/8h/10-14 días y macrólidos como alternativa (Grado 1 A).

OTITIS MEDIA: proceso inflamatorio de la mucosa que envuelve la caja del tímpano.

- Epidemiología: son el 11% de las infecciones respiratorias de Atención Primaria. Son más frecuentes entre los 6-15 meses de edad. Mayor prevalencia en los meses de invierno. Son 2ª generalmente a infecciones virales de las vías aéreas sup.

- Etiología: viral 20-80%, virus respiratorio sincitial, adenovirus e influenza virus. Bacteriana 30-45% estreptococo pneumoniae y 23-26% Haemophilus influenzae.

- Factores predisponentes: todos aquellos que originan una obstrucción en el mecanismo de drenaje mucociliar del oído medio. Son infecciones del tracto respiratorio superior, alergias, contaminación ambiental (tabaquismo), adenoiditis, tumores, asistencia a guarderías, administración del biberón en decúbito supino, hermanos con otitis media y anomalías anatómicas (p.ej., sd. de Down).

- Patogenia: 1º infección de la vía aérea superior dando lugar a una hiperemia y edema nasofaríngeo con la correspondiente oclusión de la trompa de Eustaquio. En 2º lugar todo lo anterior da ocasión a acumulo de secreciones y se origina la infección bacteriana.

- Clínica: los síntomas generales están constituidos por fiebre, irritabilidad, letargia, vómitos, deterioro del estado general. Los síntomas referidos al oído son dolor, disminución de la audición, alteraciones del equilibrio, vértigos.

· **Complicaciones:** no son frecuentes y suelen deberse a tratamientos inadecuados o a déficit en los mecanismos de defensa. Mastoiditis, petrositis, laberintitis, parálisis facial, intracraneales (meningitis, abscesos, trombosis seno lateral).

· **Diagnóstico:** fundamentalmente clínico. Otoscopia: tímpano deslustrado, congestivo, abombado y con pérdida del contorno del martillo. No suelen realizarse estudios complementarios. Según caso, cultivo de exudado, radiografía simple lateral de cráneo, tac de senos paranasales...

· **Tratamiento:** de elección sintomático con analgesia y descongestionantes nasales. Si factores de

riesgo (inmunodepresión, fiebre persistente):
Antibióticos: de elección Amoxicilina 500 mg/8h/10 días, en niños 60-90mg/kg/día en 3 dosis. Si mala evolución a las 48-72 horas cambiar a Amoxicilina con ácido clavulánico 875mg/8h/10 días por sospecha de Haemophilus, en niños 40-10 mg/kg/día en 3 dosis. En alérgicos a betalactámicos usar Claritromicina 250mg/12h/10 días o Eritromicina 500 mg/6h/10 días.

· **Evidencias:** a pesar de que la evidencia demuestra que la duración del tratamiento sea de 2, 3, 5 o 10 días son iguales de efectivos; la comunidad científica recomienda el tratamiento durante 7-10 días. En los adultos con otitis media que presentan otorrea se les añade como antibiótico tóxico ciprofloxacino.

OTITIS MEDIA AGUDA

18º CONGRESO SAMFyC 2008 GRANADA

Neutral position of TM

Nasal congestion/mucus due to URI allergy

Cloudy/yellow/white fluid MEE + bulging TM

Retracted, no MEE

Clear/cloudy fluid

Retracted, no MEE

Time

Typical retracted tympanic membrane in otitis media with effusion

Typical bulging tympanic membrane in acute otitis media

SAMFyC

Pichichero ME. JFam Pract 2005;54,313-322

MESA: Actualización Terapéutica II: infecciones respiratorias. ¿Sobrevivirán nuestros pacientes si no diésemos tantos antibióticos?

Ponencia: Infecciones Vías Altas

Cots Yago JM

Médico de Familia. Tutor de la UD de MFyC Barcelona. Profesor Facultad de Medicina, Univ. de Barcelona. C.S. La Marina, Barcelona

Las infecciones de vías respiratorias altas (IRAs), representan el motivo de consulta infeccioso más importante en nuestro medio. Son por lo tanto una de las causas más importantes de baja laboral y escolar en nuestro medio.

La etiología en general más frecuente de las IRAs es la vírica, por lo que suelen tener un curso autolimitado y con raras complicaciones¹³.

El hecho de que la primera causa de IRA, sea vírica, tiene importantes repercusiones en el momento de tomar una decisión terapéutica, dado que en muchos casos no estaría indicada la antibioticoterapia inicialmente. En nuestro medio, la falta de recursos de apoyo diagnóstico y de estudios realizados en el ámbito de la medicina primaria, llevan en muchos casos a que la prescripción antibiótica en las IRAs sea un acto de escasa evidencia científica, con el consiguiente consumo excesivo de antibióticos y las repercusiones negativas que se puedan derivar de ello (creación de resistencias, efectos secundarios, aumento del gasto sanitario...).

Tomando como ejemplo el caso de la faringoamigdalitis, a pesar de que tan sólo un 10-15% de los casos tiene como causa el origen bacteriano, se destina hasta el 36% del total de prescripciones antibióticas, que llega hasta el 55% en la consulta pediátrica.

En el caso de la otitis media, actualmente hay estudios, sobre todo realizados en el norte de Europa, que plantean la demora en el inicio del tratamiento antibiótico, ya que hasta un 70-90% de las infecciones del oído medio, se autolimitan espontáneamente⁶.

En el grupo de las IRAs, tienen especial importancia dada la alta prevalencia en la consulta de atención primaria, entidades como las rinitis que llega a producir el 40% de las IRAs y las faringoamigdalitis, causa de un 15-20% de todos los casos de infecciones respiratorias.

Cuando ante una IRA, se plantee el tratamiento antibiótico, se ha de tener en cuenta la presencia de resistencias locales de los gérmenes más prevalentes a los antimicrobianos habituales (tabla 1).

OTITIS.

- **Epidemiología:** la otitis media, corresponde al 11% de todas las infecciones respiratorias en la consulta de atención primaria. Es más frecuente entre los 6 y 15 meses de edad. Más prevalente en los meses de invierno. Como factores predisponentes destacan la obstrucción de la trompa de Eustaquio (inflamación por infecciones del tracto respiratorio superior, adenoiditis, tumores), alergias, contaminación ambiental. Debe hacerse el diagnóstico diferencial, muy importante entre otitis media serosa y OMA

- **Etiología:** los gérmenes más frecuentes se recogen en la tabla 2.3.

- **Clinica²:** se ha de diferenciar de otras entidades como la otitis externa (tabla 2.5).

En la OMA, se pueden diferenciar varios estadios dentro de la evolución del proceso:

· Se inicia con un cuadro de otalgia intensa y tímpano deslustrado y congestivo.

- Deterioro del estado general, con fiebre alta y exudado en el oído medio.
- Tras la perforación timpánica aparece la otorrea, lo que alivia la otalgia.
- Restitución timpánica.

- Tratamiento:

El tratamiento de Elección son medidas sintomáticas con analgesia y descongestionantes nasales.

Como antibiótico el de elección es la amoxicilina 500mgr/8h/10d. Las dosis altas de amoxicilina son necesarias a veces, ya que se ha comprobado que el *S. pneumoniae* presente en oído medio es más resistente que el aislado en árbol respiratorio.

Si hay alergia a betalactámicos se aconseja tratamiento con claritromicina 250mgr/ 12h /10d, eritromicina 500mgr/6horas.

Si hay mala evolución tras 72h de tratamiento, se ha de sospechar que la infección sea debida a *Haemophilus* o *Neumococo* resistente a betalactámicos por lo que se ha de plantear iniciar tratamiento con amoxicilina-clavulánico 875/125mgr/8h.

Respecto a la duración óptima del tratamiento en la OMA es incierto, hay evidencia de que tratamientos de 2,3,5 y 10 días son igualmente efectivos. De todas formas, actualmente la comunidad científica recomienda prolongar el tratamiento al menos durante 7-10 días³⁻⁴.

Dado el escaso beneficio del tratamiento antibiótico, sus posibles efectos secundarios, el aumento de resistencias al tratamiento y la resolución espontánea de las OMAs hasta en un 80% de los casos, algunas sociedades científicas se plantean actualmente la conducta expectante en pacientes de más de dos años de edad y sin factores de riesgo para una mala evolución (inmunodepresión, enfermedad grave de base, otitis media de repetición, perforación timpánica, portador de tubos de timpanostomía), administrando tratamiento sintomático con control evolutivo a las 48-72 horas para iniciar tratamiento antibiótico si no hay mejoría clínica⁵.

Además, actualmente no hay evidencia científica que demuestre que el empleo de tratamiento antimicrobiano disminuya la frecuencia de casos de infecciones recurrentes, la supuración continuada, la pérdida de audición o la falta de resolución clínica.

SINUSITIS AGUDA

- **Epidemiología:** predomina en adultos. Aproximadamente un 0,5-2% de los cuadros catarrales, se complican en forma de sinusitis aguda.

Como factores que puedan predisponer a padecer un proceso sinusal infeccioso, destacan:

- Obstrucción del seno de drenaje (rinitis, hipertrofia de cornetes, dismorfia septal, poliposis, tumores).
- Mala neumatización sinusal.
- Contaminantes e irritantes ambientales.
- Enfermedades sistémicas (mucoviscidosis, patología tiroidea, inmunodepresión).
- Enfermedades dentales.
- Mal uso de tratamiento nasal tópico.

- **Etiología:** las causas más frecuentes quedan reflejadas en la tabla 3.1.

- **Clínica:** dolor facial o cefalea pulsátil que aumenta con maniobras de Valsalva, rinorrea purulenta principalmente unilateral, presión sinusal dolorosa, fiebre, hiposmia.

El diagnóstico se basa en criterios clínicos, no siendo necesario el estudio radiológico. Tan solo solicitaremos valoración radiológica en casos de duda diagnóstica, curso clínico atípico, sinusitis crónica o aguda complicada, ya que hasta un 40% de los casos de rinitis agudas virales presentan una radiografía de senos anormal, sin llegar a desarrollar una sinusitis clínica.⁶

- **Tratamiento:** sintomático con analgésicos y lavados nasales sobretodo durante los dos primeros días de tratamiento.

Hay estudios que hablan de que el porcentaje de prescripción antibiótica en casos de sospecha de las sinusitis llega hasta el 98%, cuando tan solo uno de cada 8 pacientes con sintomatología, presentan infección bacteriana⁷⁻¹⁶. En nuestro medio debemos introducir el concepto de sinusitis autolimitada y recomendar de inicio tratamiento sintomático¹⁴. Actualmente hay diversos estudios, realizados en casos de sinusitis maxilar, que plantean el hecho de la abstención de tratamiento antibiótico, dado el alto porcentaje de resolución espontánea de dicho proceso (hasta en el 60% de los casos) y el escaso efecto sobre el número de recaídas y la duración clínica de la enfermedad⁸⁻⁹.

Como antibiótico el de elección es la amoxicilina 500mgr/8h/10d

Si hay alergia a los beta-lactámicos se aconseja claritromicina 250mgr/12h/8d, eritromicina 500mgr/6h.

En caso de no mejoría a las 48h, se ha de sospechar resistencia por producción de beta-lactamasas, por lo cual se aconsejará tratamiento con amoxicilina-clavulánico 875/125mgr/8h o si hay intolerancia digestiva al clavulánico, se recomendará una cefalosporina o fluoroquinolona. Es conveniente mantener el tratamiento durante 10 días.

AMIGDALITIS-FARINGITIS AGUDA

Entidad que agrupa los casos de etiología diversa que tienen en común la existencia de odinofagia con inflamación y ocasionalmente exudado faringoamigdal.

- **Epidemiología:** es el tercer cuadro respiratorio más frecuente tras la rinitis y la traqueobronquitis aguda. Se calcula que en España llega a alcanzar hasta unos 16 millones de casos anuales¹⁰. Tiene mayor incidencia en invierno e inicio de primavera.

- **Etiología:** queda reflejada en la tabla 4.1. La causa más frecuente de FA es la vírica y dentro de las bacterianas, la más importante es la producida por el Streptococo beta-hemolítico del grupo A de Lancefield (EBHGA).

- **Clínica:** los criterios clásicos de Centor sugieren la causa bacteriana y son odinofagia, fiebre, exudado amigdal, adenopatía cervical y ausencia de tos¹. Hasta un 30% de las FA de causa bacteriana cursan sin exudado amigdal y en un 65% de los casos de origen vírico, está presente el exudado.

Para el diagnóstico de las FA producidas por el EBHGA, que es el que verdaderamente interesa para poder decidir el tratamiento, el gold estandar es el cultivo de exudado amigdal (S 97%, E 99%), aunque su principal limitación es la demora en el resultado (24-48h) y la falta de poder distinguir entre infección aguda y estado de portador. Una ayuda en la práctica clínica diaria sería el test de detección rápida del antígeno estreptocócico (S 95%, E 97%), con diferentes estudios en nuestro medio que avalen su uso. A nivel analítico, no tiene sentido solicitar los ASLOs ya que no tienen valor.

- **Tratamiento:** sintomático con analgésicos y antiinflamatorios.

Hasta el 36% de todas las prescripciones antibióticas en nuestro medio, son destinadas para el tratamiento de la FA en los adultos, teniendo presente que la causa más frecuente es la vírica.

Ante la sospecha clínica de FA de origen bacteriano, la antibioticoterapia tiene como objetivos:

- disminuir el riesgo de complicaciones supurativas (abscesos, OMA), con una NNT superior a 4000 pacientes

- disminuir el riesgo de complicaciones no supurativas (fiebre reumática). No hay evidencia de que pueda disminuir el riesgo de desarrollar una glomerulonefritis aguda.¹²

- disminuir sintomatología, se consigue una reducción media de los síntomas en unas 8 horas.

- evitar su propagación¹³.

De elección es la penicilina V 1200000U (2caps)/12h/8d (en niños la mitad de la dosis) o amoxicilina 500mgr/8h/8d. Puede adminis-

trarse una dosis única de penicilina G benzatina 1,2mU intramuscular. Actualmente el porcentaje de resistencias del EBHGA a los beta-lactámicos es del 0%. Es importante destacar que en nuestro medio, si se ha observado en los últimos años, un importante aumento de resistencias a los macrólidos, llegando a observarse en algún estudio tasas de hasta un 30%. Este aumento considerable de resistencias se debe sobretodo al fenotipo M del *S. pyogenes*, que se caracteriza sobretodo por ser resistente a los macrólidos de 14 y 15 átomos (claritromicina, eritromicina, azitromicina) y ser sensible a los de 16 átomos (josamicina, lincosamidas).¹⁴ Por ello, en caso de alergia a beta-lactámicos se aconseja josamicina 1gr/12h/7d.

La amigdalectomía se aconsejará en los siguientes casos:¹⁵

- más de 5 episodios anuales de FA estreptocócica
- episodios repetitivos incapacitantes
- síntomas presentes durante más de un año

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Llor C, Cots JM, Herreras A. Etiología bacteriana de la agudización de la bronquitis crónica en atención primaria. Arch Bronconeumol. 2006; 42:388-93.
- 2- Pichichero ME. Acute otitis media: part I. Improving diagnostic accuracy. Am Fam Physician. 2000; 61:2051-6.
- 3- Pichichero ME. Acute otitis media: part II. Treatment in an era of increasing antibiotic resistance. Am Fam Physician. 2000;61: 2410-6.
- 4- Kozyrskyj AL, Hildes Ripstein GE, Longstaffe SEA, Wincott JL, Sitar DS, Klassen TP, et al. Ciclo corto de antibióticos para la otitis media aguda. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software; 2000.
- 5- Froom J, Culpepper L, Jacobs M, Demelker RA, Green LA, Van Buchem FL, et al. Antimicrobials for acute otitis media?, a review from the International Primary Care Network. BMJ 1997; 315:998-102.
- 6- Puhakka T, Makela MJ, Alanen A. Sinusitis in the common cold. J Allergy Clin Immunol. 1998; 102:403-08.
- 7- Hickner JM, Barlett JG, Besser RE, Gonzales R, Hoffman JR, Sande MA. Principles of appropriate antibiotic use for acute rhinosinusitis in adults :background. Ann Intern Med. 2001;134:498-505.
- 8- De Sutter AI, De Meyere MJ, Christiaens TC, Van Driei ML, Peersman W, De Maeseneer JM. Does amoxicilin improve outcomes in patients with purulent rhinorrhea? J Fam Pract. 2002; 51:317-23.
- 9-Williams JR, Aguilar C, Makela M, Cornell J, Hollman DR, Chiquette E, Simel DL. Antibioticos para la sinusitis maxilar aguda. En: Cochrane library plus en español. 2000. Oxford: update software.
- 10- Garcia-Rodriguez JA, Gobernado M, Picazo J. Documento de consenso sobre el tratamiento antimicrobiano de la faringoamigda-litis. Rev Esp Quimioterap. 2003;16: 74-88.
- 11- McIsaac W, Kellner J, Aufricht P. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. JAMA. 2004;291:1587-95.
- 12- Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat (Cochrane review). In: the Cochrane library, Issue 1, 2001. Oxford:update software.
- 13- Petersen I, Johson AM, Islam A, Duckworth G, Livemore DM, Hayward AC. Protective effect of antibiotic against serious complications of common respiratory tract infections: retrospective cohort study with the UK General Practicce research database. BMJ. 2007; 335:982-984.
- 14- Alos JL, Aracil B, Oteo J, Gomez-Garces JL, the spanish group for the study of infection in he primary health care setting (IAP-SEIMC). Significant increase in the prevalence of erythromycin-resistant, clindamycin- and miocamycin susceptible Streptococcus pyogenes in Spain. J Antimicrob Chemother. 2003; 51:333-7.
- 15- Marshall T. A review of tonsillectomy for recurrent throat infection. Br J Gen Pract. 1998; 48:127-1351.

16- Williamson I, Rumbsy K, Bengé S, Moore M, Smith P, Cross M et al. Antibiotics and topi-

cal nasal steroid for treatment of acute maxillary sinusitis JAMA 2007; 298:2487-249.

	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	<i>Haemophilus influenzae</i>	<i>Streptococcus Pyogenes</i>
Penicilina	--	--	0%
Amoxicilina	2-5%	20%	0%
Amoxicilina-ac.clavul.	2-5%	0-2%	0%
Cefalosporinas	10-20%	0-2%	0%
Macrólidos	30-40%	10-20%	20-40%***
Quinolonas	<2%	0%	0%

Tabla 1. Resistencias a los principales antimicrobianos en la comunidad

*** La resistencia a macrólidos de 16 átomos es tan solo del 5-10%¹.

<i>Virus</i>	20-80%
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	30-45%
<i>Haemophilus influenzae</i>	23-26%

Tabla 2.3. Etiología bacteriana de las OMAs

<i>Virus</i>	40-60%
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	20-35%
<i>Haemophilus influenzae</i>	6-26%

Tabla 3.1

<i>Virus</i>	60-80%
<i>Streptococcus pyogenes</i>	10-20%

Tabla 4.1

MESA: Actualización Terapéutica II: infecciones respiratorias. ¿Sobrevivirían nuestros pacientes si no diésemos tantos antibióticos?

Ponencia: Neumonías adquiridas en la comunidad

Lama Herrera C

Médico de Familia. Servicios Centrales del SAS

Las neumonías de adquisición comunitaria (NAC) constituyen una causa frecuente de morbilidad y mortalidad dentro de la población general, con una incidencia de 2-10 casos por 1000 habitantes/año, de los cuales entre el 20 y el 35% requerirán ingreso hospitalario. A pesar de los avances en el tratamiento antimicrobiano y en el conocimiento de los agentes etiológicos, las neumonías siguen constituyendo una causa frecuente de fallecimiento en la población general, siendo la séptima causa de muerte y la primera dentro de las etiologías infecciosas. En pacientes inmunocompetentes la mortalidad por neumonías de adquisición comunitaria oscila entre un 1% y un 36,5%, situándose generalmente en torno al 5%. Este amplio intervalo de mortalidad viene determinado principalmente por la forma de presentación de la neumonía, la etiología de la misma y las características del paciente.

Factores de riesgo y etiología de las NAC

Los factores de riesgo de las NAC son múltiples, habiendo sido identificados en diversos estudios. La edad, ya que la incidencia de neumonía au-

menta con esta a partir de los 50 años, con un pico máximo en personas de más de 70 años. Otros factores que aumentan la frecuencia son la epidemia por virus influenza A, el alcoholismo, el asma y la residencia en instituciones cerradas.

Streptococcus pneumoniae supone la primera causa de NAC, seguida de *Mycoplasma pneumoniae* que es una de las primeras causas de neumonía en pacientes jóvenes, sobre todo menores de 20 años. *Haemophilus influenzae* es una causa infrecuente de neumonías en adultos, afectando principalmente a ancianos y a pacientes con enfermedades subyacentes, como la obstrucción crónica al flujo aéreo y el tabaquismo; *Moraxella catarrhalis* afecta sobre todo a pacientes con enfermedad broncopulmonar subyacente. *Chlamydomphila pneumoniae* puede presentarse tanto en jóvenes como en adultos con enfermedades subyacentes. Menos frecuentes son *Chlamydomphila psittaci*, *Coxiella burnetii*, virus influenza y virus respiratorio sincitial (pueden causar neumonía en adultos durante los meses fríos). Otros agentes menos frecuentes se relacionan con una serie de factores predisponentes, como se expone en la siguiente tabla:

Etiologías de la neumonía adquirida en la comunidad según distintos factores de riesgo

Factor de riesgo	Microorganismo
Edad > 65 años	<i>pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Moraxella catarrhalis</i> , <i>Staphylococcus aureus</i>
EPOC, fumador	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>M. Catarrhalis</i>
Alcoholismo	<i>S. pneumoniae</i> , anaerobios, <i>Klebsiella pneumoniae</i>
Residencias asistidas	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>S. aureus</i> , bacilos gramnegativos, anaerobios
Enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, hepatopatía, insuficiencia renal	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>S. aureus</i> , bacilos gramnegativos
Aspiración	Anaerobios, <i>S. aureus</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>S. pneumoniae</i>
Exposición ambiental a aves	<i>Chlamydomphila psittaci</i>
Gripe previa	Influenza, <i>S. aureus</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>Streptococcus pyogenes</i> , <i>H. influenzae</i>
Enfermedad estructural pulmonar (bronquiectasias, fibrosis quística)	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Burkholderia cepacia</i> , <i>S. aureus</i>
Obstrucción de vía aérea	Anaerobios, <i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>S. aureus</i>

Síndromes clínicos principales

Es interesante intentar hacer una aproximación a la etiología de la neumonía, basada en las características clínicas, epidemiológicas y hallazgos complementarios. Esta división ha sido criticada por diversos autores, dado que en diversos análisis no se han identificado factores predictivos positivos incuestionables. Sin embargo, resulta útil desde el punto de vista del método clínico, dado que permite una aproximación teórica a la etiología de la neumonía y del tratamiento a seguir.

1. Neumonía sugestiva de etiología neumocócica.

Se caracterizaría por un cuadro agudo, de instauración brusca, que cursa con fiebre alta con escalofríos, tos productiva con expectoración purulenta o herrumbrosa, dolor de características pleuríticas y, eventualmente, herpes labial; en la exploración se objetivan signos de consolidación pulmonar. En la radiografía de tórax aparecería un infiltrado alveolar único con broncograma, aunque puede existir una afectación multilobar o bilateral en casos graves. La presencia de tres de estos criterios sería sugerente de neumonía neumocócica.

2. Síndrome sugestivo de NAC por gérmenes atípicos.

Esta forma clínica se diferencia de la anterior por un inicio subagudo de los síntomas, presencia de fiebre sin escalofríos y escasa sintomatología respiratoria, consistente principalmente en tos no productiva. Con frecuencia los pacientes presentan inicialmente síntomas de afectación del tracto respiratorio superior. Predominan los síntomas extrapulmonares frente a los pulmonares, fundamentalmente cefalea, malestar general, diarrea y vómitos. Característicamente, en la exploración existe una disociación clínico-radiológica. En la radiografía de tórax suele objetivarse un patrón intersticial, multilobar, de predominio en lóbulos inferiores, aunque en algunos casos se observa una afectación lobar alveolar.

3. Neumonía en las que las características epidemiológicas y clínicas no permiten orientar hacia una etiología concreta.

Sensibilidad antimicrobiana de bacterias productoras de NAC

Datos recientes de nuestro país, en relación a los patrones de resistencia de *S. pneumoniae* aislado en pacientes con otitis media aguda, exacerbaciones de EPOC y neumonías comunitarias, provienen de estudios multicéntricos representativos de la geografía española. El 20-21,7% de las cepas fueron resistentes a penicilina, siendo la CMI₉₀ de 2 mg/L; amoxicilina y amoxicilina/clavulánico mostraron cifras de resistencia semejantes (4,4-5,1%). En cambio, el 25,6-31,4% de las cepas fueron resistentes a cefuroxima.

Sin embargo, las elevadas concentraciones que las penicilinas alcanzan en el tracto respiratorio inferior permiten continuar tratando con este antibiótico las infecciones respiratorias, incluyendo la neumonía, provocadas por cepas de neumococo con CMI hasta 2 mg/mL. En cuanto a los parámetros farmacodinámicos, el tiempo en el que las concentraciones plasmáticas permanecen por encima de la CMI es el parámetro que predice el éxito terapéutico; en este sentido, dosis de amoxicilina de 1 g/oral cada 8 horas conseguirían parámetros farmacocinéticos/farmacodinámicos apropiados para el tratamiento de las infecciones respiratorias neumocócicas, con los niveles actuales de resistencia.

Eritromicina y azitromicina mostraron cifras de resistencia de 34,5%. En cuanto a las fluorquinolonas, levofloxacino y moxifloxacino son activos tanto frente a bacilos gramnegativos como cocos grampositivos. Se han descrito casos de fracaso de levofloxacino en el tratamiento de la neumonía neumocócica relacionados con el aislamiento de cepas resistentes a este antimicrobiano. En algunos de estos casos la resistencia se desarrolló durante el tratamiento de la neumonía con levofloxacino.

En cuanto a *H. influenzae*, teniendo en cuenta que una considerable proporción de cepas (29-55%) son productoras de betalactamas, al igual que ocurre con *M. catarrhalis* (82%), el uso de penicilinas debería siempre asociarse a un inhibidor de betalactamasas, como amoxicilina/clavulánico.

La actividad de eritromicina frente a *H. influenzae* no es buena, con un 3-15% de cepas

sensibles. Frente a *M. catarrhalis* los macrólidos tienen una buena actividad. Levofloxacino y moxifloxacino son activos frente a *H. influenzae* y *M. catarrhalis*, independientemente de que sean o no cepas productoras de betalactamasas.

Pronóstico y nivel de cuidados de las NAC

La mayoría de las decisiones concernientes al manejo de un paciente con NAC están condicionadas por la valoración inicial de la gravedad del proceso. En relación al resultado de esta valoración el clínico podrá establecer todo el programa de atención al paciente que comprende la decisión sobre el nivel de cuidados, el lugar más adecuado donde debe ser atendido, las exploraciones complementarias que se deben solicitar y el tratamiento antimicrobiano. Por todo ello, la valoración pronóstica y de la gravedad del proceso en un paciente con NAC es probablemente la decisión más importante que el clínico debe tomar en el curso de la enfermedad. Los dos sistemas más utilizados para la clasificación pronóstica de un paciente con NAC son el sistema PORT (*Pneumonia Patient Outcome Research Team*) y los criterios de la *British Thoracic Society* (BTS).

El sistema PORT es el estándar actual aplicable a la valoración del riesgo de muerte de los pacientes con NAC. Es una regla predictiva del pronóstico de pacientes con NAC desarrollada por Fine *et al.*⁴¹ que estratifica a los pacientes con NAC en cinco grupos, con distinto riesgo de muerte, mediante un proceso que se desarrolla en dos pasos (Figura 1).

Los criterios de la BTS, conocidos por el acrónimo CURB-65, incluye 5 factores de fácil medida: confusión, uremia mayor de 7 mmol/L (41,17 mg/dL), frecuencia respiratoria igual o superior a 30 rpm, hipotensión (sistólica inferior a 90 mm Hg o diastólica inferior a 60 mm Hg) y edad igual o superior a 65 años. En la cohorte de validación de este sistema la mortalidad fue de 0,7%, 2,1%, 9,2%, 14,5%, 40% y 57% según los pacientes tuvieran de 0 a 5 factores. Según estos datos, los pacientes con 0-1 factores podrían ser tratados de forma ambulatoria y los pacientes con 2 ó más factores deberían ser hospitalizados. Se propone una versión simplificada, conocida por el acrónimo CRB-

65 que no requiere la determinación de uremia y que puede ser útil para la toma de decisiones en atención primaria. Con estos datos se puede establecer un algoritmo de decisiones sobre el nivel de cuidados en Atención Primaria basado en este sistema pronóstico:

CRB-65	0 Manejo ambulatorio en ausencia de contraindicación
1 Utilizar CURB-65	1 Manejo ambulatorio 2 Manejo hospitalario
≥2	Manejo hospitalario

Además, todo paciente con NAC con algún criterio de gravedad requerirá hospitalización. Por último, debemos tener siempre en cuenta que la decisión de ingresar a un paciente con NAC debe realizarse de forma individualizada, teniendo en cuenta, los criterios de gravedad y otros factores sociales, clínicos y psicológicos relacionados con el paciente y con su entorno.

Pruebas complementarias según nivel de cuidados

Las exploraciones complementarias indicadas van a depender de la gravedad de la neumonía y, por tanto, del nivel de cuidados que requiera. Así, en los pacientes que pueden ser tratados en Atención Primaria no se considera necesaria la realización de pruebas complementarias sistemáticas (C-III), incluida la realización sistemática de estudios microbiológicos en los pacientes que puedan seguir tratamiento domiciliario, desde el punto de vista del cuidado del paciente y en ausencia de sospecha de brotes epidémicos.

Tratamiento antimicrobiano de las NAC

1. Consideraciones generales

El tratamiento de las NAC es casi siempre empírico y debe instaurarse de forma práctica en base a los conocimientos con evidencia científica más actuales, lo cual requiere una continua revisión

de los mismos. En la práctica, la decisión de instaurar tratamiento antimicrobiano y la elección adecuada del mismo deben apoyarse en una serie de principios generales, que nos ayuden a conseguir los mejores beneficios clínicos para el paciente y minimizar el impacto del desarrollo de resistencias bacterianas.

- En la elección del antimicrobiano más adecuado debemos guiarnos principalmente por la sospecha del germen causante y la susceptibilidad local de los gérmenes a los antibióticos más usados.

- El tratamiento debe conseguir la erradicación de la carga bacteriana. En caso de tener varias opciones de tratamiento dentro de un mismo grupo de antibióticos, se elegirá el de menor espectro, con el objetivo de reducir la presión selectiva para la inducción de resistencias. La selección cuidadosa de los antimicrobianos es, por tanto, un factor importante, ya que existen datos que sugieren que algunos agentes tienen una mayor probabilidad de seleccionar o promover resistencias.

- Las características farmacocinéticas/farmacodinámicas del antimicrobiano deben ser óptimas para conseguir la erradicación bacteriana.

- El tratamiento debe instaurarse pronto, a ser posible en el servicio de urgencias si la valoración inicial se ha realizado en este dispositivo, y siempre dentro de las primeras 8 horas del diagnóstico, puesto que se ha comprobado que un retraso en la administración del mismo determina una mayor mortalidad a los 30 días y prolonga la estancia media (A-II). En casos de pacientes con shock e inestabilidad hemodinámica el tratamiento debe iniciarse de forma inmediata (A-II).

- La duración del tratamiento dependerá de la evolución de la neumonía. Debe mantenerse hasta 48-72 horas tras la apirexia y durante un mínimo de cinco días (A-I), excepto en el caso de las neumonías tratadas con azitromicina, en las que la duración sería de tres días. Por regla general, las neumonías causadas por bacterias piógenas podrían tratarse de 7-10 días, salvo las neumonías por *P. aeruginosa* que deben tratarse dos semanas (A-I). Las causadas por *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae* y *L. pneumophila* se tratarán entre 10 y 14 días, aunque un estudio

demuestra una buena evolución con ciclos de cinco días de 750 mg de levofloxacino (A-I). En los casos de infección necrotizante, sería recomendable mantener el tratamiento al menos tres semanas (C-III).

- Debe elegirse el antimicrobiano con mejor perfil de seguridad y menor coste de adquisición en igualdad de las características antes mencionadas.

2. Recomendaciones específicas en pacientes tratados en Atención Primaria

Después de analizar todas las variables desarrolladas en los apartados anteriores y a tenor de los resultados de numerosas guías de práctica clínica, metaanálisis y ensayos clínicos controlados, donde se demuestra una eficacia equivalente de los antibióticos más antiguos en comparación con los nuevos antimicrobianos desarrollados, incluidos macrólidos y quinolonas, las recomendaciones del tratamiento de la NAC en pacientes tratados en el domicilio podrían estructurarse de la siguiente forma:

1. Neumonía de probable etiología neumocócica en paciente de edad inferior a 65 años y sin enfermedad subyacente crónica.

- 1ª elección: amoxicilina 1 g/8 horas, vía oral, durante 10 días (A-I).

- Tratamiento alternativo: Dado el alto nivel de resistencia actual a los macrólidos, es recomendable, en casos de alergia a betalactámicos o ante un fracaso terapéutico previo, utilizar como tratamiento alternativo una fluorquinolona: levofloxacino (500 mg/24 horas) o moxifloxacino (400 mg/24 horas), ambos por vía oral durante 7 a 10 días, o levofloxacino (750 mg/24 horas) durante 5 días. Entre estas dos opciones parece preferente el uso de levofloxacino, en tanto no se disponga de más datos sobre la seguridad de moxifloxacino, teniendo en cuenta la reciente comunicación de casos de hepatitis fulminante y reacciones cutáneas ampollas asociadas al uso de moxifloxacino. Además, es importante señalar que en cualquier caso el uso de moxifloxacino se encuentra contraindicado en pacientes con alteración de la función hepática y en aquellos con un au-

mento de las transaminasas 5 veces por encima del límite superior de la normalidad.

2. Neumonía de probable etiología neumocócica en paciente mayor de 65 años o con enfermedad subyacente crónica y fumadores. En estos casos existe un porcentaje mayor de NAC producidas por *H. influenzae*, por lo que las recomendaciones de tratamiento serían las siguientes:

- 1ª elección: Amoxicilina/ácido clavulánico (875 mg/125 mg/8 horas ó 2000/125 mg/12 horas), vía oral durante diez días (A-I).

- Tratamiento alternativo: Dado el alto nivel de resistencia actual a los macrólidos, es recomendable, en casos de alergia a betalactámicos o ante un fracaso terapéutico previo, utilizar como tratamiento alternativo una nueva fluorquinolona: levofloxacino (500 mg/24 horas) o moxifloxacino (400 mg/24 horas), ambos por vía oral durante 7 a 10 días, o levofloxacino (750 mg/24 horas) durante 5 días. Como se ha señalado en el punto 1 de este apartado, entre estas dos opciones parece preferente el uso de levofloxacino, en tanto no se disponga de más datos sobre la seguridad de moxifloxacino.

3. Neumonía de probable etiología por gérmenes atípicos: Estos gérmenes siguen siendo sensibles a macrólidos y puede recomendarse cualquiera de ellos, pero teniendo en cuenta la comodidad de administración y las menores interacciones medicamentosas, se recomendaría azitromicina (500 mg/24 horas), vía oral, 3 días (A-I). Si la sospecha diagnóstica o el contexto epidemiológico sugiere una NAC producida por *C. burnetii* o *Chlamydophila* spp., el tratamiento de elección es doxiciclina (100 mg/12 horas), vía oral, 10-14 días.

4. Existen situaciones clínicas en las que la sospecha etiológica no nos oriente hacia ningún germen en concreto. En estos casos las recomendaciones de tratamiento serán:

- Fluorquinolonas: levofloxacino (400 mg/24 horas) o moxifloxacino (400 mg/24 horas), ambos por vía oral, durante 7 a 10 días,

o levofloxacino (750 mg/24 horas) durante 5 días. Como se ha señalado en el punto 1 de este apartado, entre estas dos opciones parece preferente el uso de levofloxacino, en tanto no se disponga de más datos sobre la seguridad de moxifloxacino.

- Amoxicilina (1 g/8 horas), 10 días, asociada a un macrólido (azitromicina 500 mg/24 horas, 3 días), ambos por vía oral.

Seguimiento de los pacientes con NAC

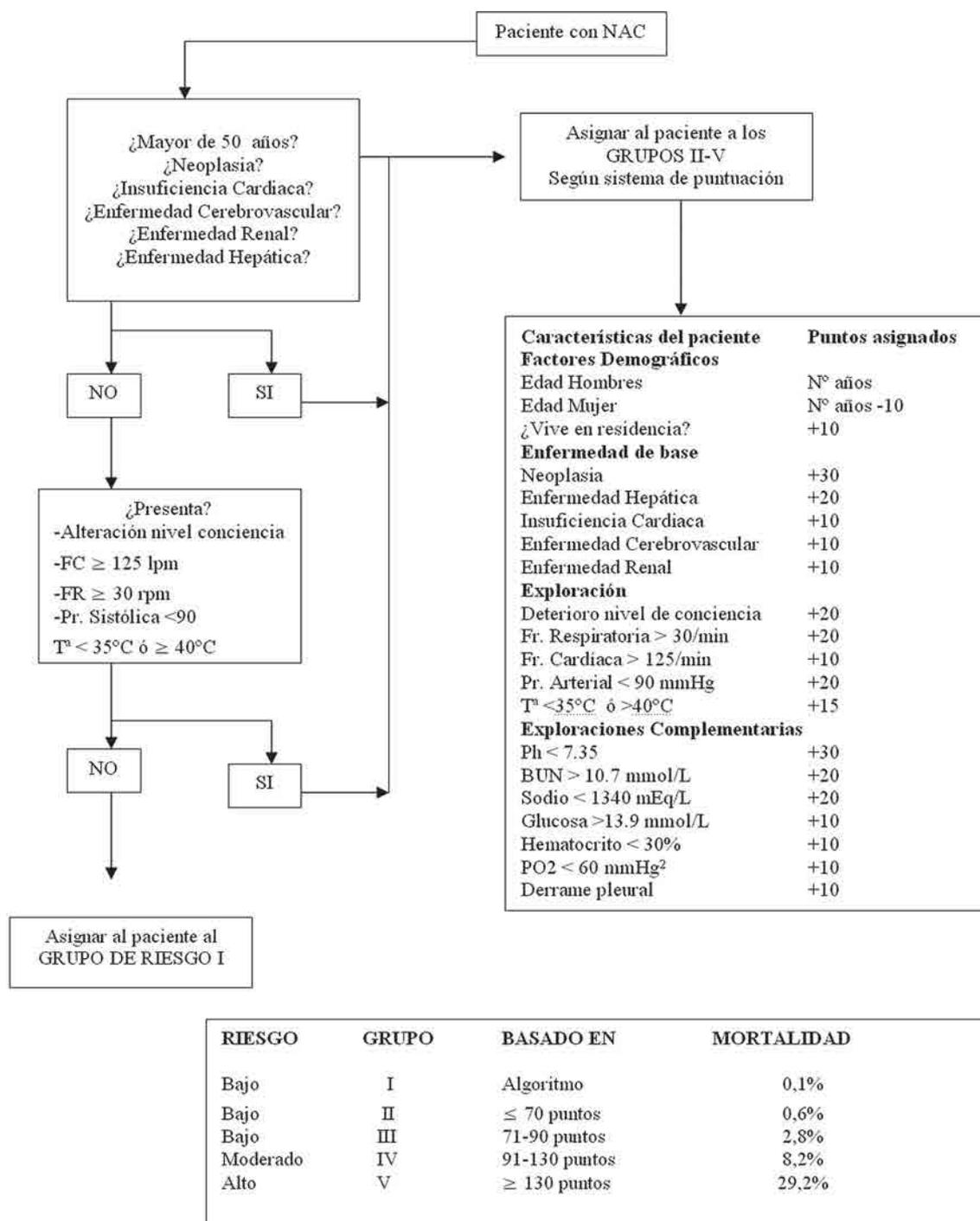
Todo paciente con NAC debe ser reevaluado clínicamente a las 48-72 horas y verificar que no nos encontramos ante un fracaso terapéutico, definido como la persistencia de fiebre elevada o agravamiento de los síntomas y signos clínicos. El tratamiento antibiótico no debe ser modificado en dicho período a no ser que exista empeoramiento importante o existan datos microbiológicos de sensibilidad a antibióticos que así lo indiquen.

Si existe fracaso del tratamiento se remitirá al paciente al centro hospitalario de referencia para valoración en el mismo día (Urgencias u Hospital de Día) y reevaluar: a) El diagnóstico del paciente (descartar neoplasia, TEP, vasculitis, neumonitis por fármacos, hemorragia pulmonar, etc.); b) La etiología y el tratamiento (baja dosis, inadecuada cobertura, etc.).

Si la evolución es favorable desde el punto de vista clínico, es necesario un nuevo control al finalizar el tratamiento con los objetivos de valorar la mejoría o curación clínicas, cumplimiento del tratamiento y efectos adversos del mismo (B-III).

El 70% de los pacientes se encontrarán asintomáticos a los 10 días y con resolución radiográfica a los 30 días en el 80-90%. Por ello, se debe realizar un control a los 30 días del diagnóstico. En aquellos casos, en los que no se haya resuelto el infiltrado radiológico en dicho tiempo, se repetirá una nueva radiografía de tórax al mes de la segunda y si persistieran las alteraciones se realizarán otros estudios complementarios para descartar otras patologías de las vías aéreas.

Figura 1.- Modelo Predictivo Pronóstico de la NAC (Fine M. *et al.* N Engl J Med 1997).



MESA: Prevención del Paciente de Alto Riesgo Vascular. Evidencias Clínicas

Ponencia: Evidencias Clínicas: Estudio ONTARGET

Ramírez Hernández JA

Especialista en Cardiología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. Profesor Titular del Departamento de Medicina de la Universidad de Granada

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de mortalidad en hombres europeos de menos de 65 años y la segunda en las mujeres del mismo grupo de edad. En España, en el año 2000, fueron responsables del 35% del total de defunciones (40% en mujeres y 30% en hombres). Se espera que en los próximos 15 años se conviertan en la primera causa de mortalidad global en el mundo. En su mayor parte, la ECV tiene estrecha relación con el estilo de vida y factores fisiológicos y bioquímicos modificables. Hace pocos años se pensaba que el tratamiento adecuado de la hipertensión y de la hiperlipemia iba a producir un descenso drástico en la incidencia de estas enfermedades, sin embargo, los hechos están demostrando que no es así. Todo ello nos obliga a replantearnos distintos aspectos de las enfermedades cardiovasculares y considerar nuevas estrategias para su predicción, prevención y tratamiento.

La aterosclerosis es la causa subyacente en la mayor parte de las ECV no es sólo una enfermedad en sí misma, sino un proceso que constituye el principal elemento contribuyente al desarrollo de la patogenia de los infartos de miocardio y cerebral, de la gangrena y de la pérdida de función de las extremidades. Hasta hace aproximadamente dos décadas se consideraba que la aterosclerosis era una enfermedad degenerativa, inevitable, irreversible y ligada al envejecimiento, hoy día se interpreta como un proceso inflamatorio crónico que afecta a las arterias de determinados territorios, pero este proceso es tratable, la progresión de las lesiones se puede estabilizar y la modificación de los factores de riesgo puede producir sustanciales beneficios clínicos. No obstante, no conocemos con precisión los mecanismos por los que actúan los factores

de riesgo y no hemos conseguido aplicar suficientemente los avances científicos en prevención cardiovascular.

Numerosos estudios en animales y humanos ilustran los efectos causales del sistema renina-angiotensina sobre la aterosclerosis y muestran que la interrupción terapéutica del mismo puede influir en el curso de la enfermedad. El estudio HOPE¹ puso de manifiesto que el tratamiento con un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina, ramipril a dosis de 10 mg diarios, producía una reducción importante (22%) en el riesgo combinado de sufrir muerte, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, revascularización coronaria, insuficiencia cardíaca y complicaciones relacionadas con la diabetes en pacientes de alto riesgo con enfermedad cardiovascular preexistente. El fármaco fue bien tolerado de forma que al final del estudio un 78,8% de los pacientes seguían tomando la medicación. En una editorial que acompañaba a la publicación de este trabajo, Gary S Francis² se preguntaba si podríamos esperar que los bloqueantes de los receptores de la angiotensina II tuvieran efectos similares, hoy ocho años más tarde podemos afirmar que tenemos una respuesta.

El Programa de ensayos ONTARGET³ se ha diseñado para evaluar el papel del bloqueante de los receptores de angiotensina II (ARA II) telmisartan en la protección cardiovascular. El investigador principal de este ensayo a escala mundial es el Prof. Salim Yusuf, Director del *Population Health Institute* de la *McMaster University*, Hamilton, Canadá. El Programa de ensayos ONTARGET es un ensayo clínico a escala mundial que consta del ensayo principal,

ONTARGET, el ensayo paralelo, TRANSCEND y siete subestudios. Se trata de un estudio doble ciego, aleatorizado, en el que se incluyeron 25.620 pacientes mayores de 55 años con enfermedad coronaria, vascular periférica, cerebrovascular o diabéticos con repercusión orgánica. Los pacientes se asignaron a tres grupos de tratamiento: ramipril 10 mg diarios, telmisartan 80 mg diarios y la asociación de ambos fármacos (terapia combinada). Se excluyó a los pacientes con antecedentes de insuficiencia cardíaca o una fracción de eyección conocida < 40%, así como a los pacientes con hipertensión no controlada. La media del periodo de seguimiento fue de 56 meses. El objetivo primario del estudio ha sido una combinación de muerte de causa cardiovascular, infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular u hospitalización por insuficiencia cardíaca. Se planteó como un estudio de “no inferioridad” y al final del mismo se concluye que el telmisartan es equivalente al ramipril en prevención cardiovascular, entre pacientes con enfermedad vascular o diabéticos de alto riesgo. El objetivo primario ocurrió en un número similar de pacientes en los tres grupos: 16,5% entre los tratados con ramipril, 16,7% de los que recibían telmisartan y 16,3% entre los de la terapia combinada. Sin embargo, la combinación de ambos fármacos se asoció con una mayor incidencia de efectos adversos sin un incremento en el beneficio.

Los resultados muestran que el descenso de la presión arterial media fue mayor en el grupo de tratados con telmisartan y en el grupo de terapia combinada que en el grupo de ramipril. Comparados con el grupo de ramipril los pacientes con telmisartan tenían menor incidencia de tos y angioedema y mayor incidencia de síntomas de hipotensión. Los pacientes con terapia combinada tenían mayor incidencia de síntomas de hipotensión, síncope y disfunción renal, así como, una tendencia al aumento del riesgo de desarrollar insuficiencia renal con necesidad de diálisis. Hay que señalar que un 57% de los pacientes recibían betabloqueantes, un 28% diuréticos y un 33% antagonistas del calcio.

Al final de su publicación los autores afirman que en pacientes con enfermedad vascular o diabéticos de alto riesgo el telmisartan es una alternativa válida al ramipril y que la elección entre los dos agentes dependerá de las preferencias

del paciente, del médico y de la susceptibilidad individual a eventos adversos específicos.

En su editorial⁴ sobre este estudio John McMurray sostiene que “después de cuatro ensayos comparativos se confirma, más allá de toda duda, que los ARA II no son mejores que los IECAs en la reducción de los eventos cardiovasculares fatales y no fatales. Dado que son más costosos y tienen más efectos adversos, su valor principal es como alternativa para pacientes que no toleran los IECAs por tos.”

Sin duda el estudio ONTARGET es de gran importancia clínica y dará mucho que hablar en los tiempos que se avecinan, por otra parte, habrá que conocer los resultados de los siete subestudios y los del estudio TRANSCEND, para tener una panorámica completa de la situación. Como un estudio perfectamente diseñado y llevado a cabo, aporta fuertes evidencias científicas que habrá que tener en cuenta en la elaboración de las Guías de Práctica Clínica en Prevención Cardiovascular, pero no podemos olvidar que la promoción de una adhesión incondicional a la primacía de los estudios clínicos aleatorizados y controlados puede dar lugar a unas guías que promuevan un uso excesivo de medicamentos. Medidas transcendentales como son los cambios en el estilo de vida, el abandono del tabaquismo, dieta sana y hacer ejercicio son más difíciles de manejar para un estudio de ese tipo y, por tanto, para obtener “evidencia de calidad”.

Los objetivos que las Guías Europeas de práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular⁵ establecen son los siguientes:

1. Asistir a los individuos con bajo riesgo de ECV para mantenerlos en ese estado durante toda la vida y ayudar a reducirlo a quienes tienen un riesgo total de ECV aumentado

2. Alcanzar las características de las personas que tienden a mantenerse sanas:

2.1. No fumar

2.2. Elección de alimentos saludables

2.3. Actividad física: 30 minutos de actividad moderada al día

2.4. IMC < 25 kg/m² y evitar la obesidad central

- 2.5. PA < 140/90 mmHg
 - 2.6. Colesterol total < 5 mmol/l (~ 190 mg/dl)
 - 2.7. cLDL < 3 mmol/l (~ 115 mg/dl).
 - 2.8. Glucosa sanguínea < 6 mmol/l (~ 110 mg/dl)
3. Conseguir un control más riguroso de los factores de riesgo en personas con alto riesgo, sobre todo en los que tienen ECV establecida o diabetes:
- 3.1. Presión arterial < 130/80 mmHg cuando sea factible.
 - 3.2. Colesterol total < 4,5 mmol/l (~175 mg/dl) con opción de < 4 mmol/l (~ 155 mg/dl) si es factible.
 - 3.3. cLDL < 2,5 mmol/l (~ 100 mg/dl) con opción de < 2 mmol/l (~ 80mg/dl) si es factible
 - 3.4. Glucosa sanguínea < 6 mmol/l (~ 110 mg/dl) y glucohemoglobina (HbA1c) < 6,5% si es factible
4. Considerar tratamiento farmacológico cardioprotector para los individuos con alto riesgo, sobre todo cuando haya ECV aterosclerótica establecida.

En definitiva, tendremos que dar pasos hacia una cultura que pongan el énfasis en la importancia de evaluar el riesgo cardiovascular total de nuestros pacientes, de forma rápida y sencilla, recordando que los individuos con mayor riesgo son los que más se benefician de los esfuerzos preventivos.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. *N Engl J Med.* 2000; 342:145-153.
- ² Francis GS. ACE Inhibition in Cardiovascular Disease. *N Engl J Med.* 2000; 342: 201-2.
- ³ The ONTARGET Investigators. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. *N Engl J Med.* 2008; 358: 1547-59.
- ⁴ McMurray JJV. ACE Inhibitors in Cardiovascular Disease — Unbeatable? *N Engl J Med.* 2008; 358: 1515-1516.
- ⁵ Graham I et al. Guías de práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular: versión resumida. *Rev Esp Cardiol.* 2008; 61: e1-e49.

MESA: Tratamiento de la EPOC: abordaje clínico farmaeconómico

Ponencia: Manejo clínico de la EPOC: documento de consenso

Morán Rodríguez A

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinadora Grupo de Respiratorio SAMFyC

La EPOC es una enfermedad crónica inflamatoria directamente ligada al consumo del tabaco, que afecta principalmente al árbol bronquial, produciendo su obstrucción y dando diversos síntomas; el más frecuente e incapacitante es la disnea. Hoy en día se sabe que además puede haber una afectación sistémica y no sólo bronquial.

La EPOC incide directamente en el aumento de mortalidad y sobre todo en el deterioro de la calidad de vida de los pacientes que la padecen. A ello sumamos el hecho de que es una de las patologías más prevalentes en las consultas de Atención Primaria (10-15% del total de visitas al médico de familia), y que supone hasta el 8% de los ingresos hospitalarios (sólo en Andalucía se ha estimado que los ingresos por EPOC producen un mínimo de 27 millones de euros al año).

A pesar de ello sabemos que, aún hoy, es una enfermedad infradiagnosticada, de ahí la importancia de realizar un diagnóstico precoz y correcto de la enfermedad, para lo cual es indispensable la realización de espirometrías de calidad.

El apoyo para dejar el tabaco sigue siendo la actuación que más incide en la evolución de la enfermedad, por lo que debemos emplear todas las posibilidades terapéuticas actualmente disponibles (incluyendo apoyo psicológico y tratamiento farmacológico) para conseguir la deshabitación, en nuestros centros de Atención Primaria.

Además, con las estrategias actuales de tratamiento para la EPOC, farmacológico y no

farmacológico (educación, incluyendo técnica inhalatoria; ejercicio adecuado al paciente; nutrición), y un adecuado seguimiento, el paciente puede mejorar de forma notable su calidad de vida, que debe ser el objetivo fundamental de todas nuestras actuaciones.

Para ello, es fundamental una buena coordinación entre los distintos niveles asistenciales que asegure una atención sanitaria adecuada y de calidad.

Éste ha sido el principal propósito del Documento de Consenso sobre EPOC en Andalucía, que ha sido elaborado por las sociedades científicas Neumosur, SAMFyC y Semergen, con la mejor evidencia encontrada.

Para la lectura del documento íntegro, remito a las siguientes páginas web:

www.cica.es/~samfyc-gr ó bien

www.samfyc.es y luego picar en el grupo de respiratorio

MESA: Los problemas de confidencialidad en Medicina de Familia

Ponencia: Introducción general y presentación

Simón Lorda P

Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada

La obligación de secreto médico es tan antigua como la propia profesión. Aunque la idea de secreto tiene diferentes matices, el más importante es el que hace referencia al deber del médico de no divulgar datos del paciente obtenidos en el marco de una relación médico-paciente basada en la confianza.

Así, el Juramento Hipocrático, el texto canónico de la moral médica clásica dirá: *«Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callaré teniéndolo por secreto.»*

Sin embargo, esta idea sencilla se ha ido desarrollando, transformando y complicando a lo largo de la historia de la medicina occidental. Hay muchos factores que explican este cambio. Es importante señalar que la evolución del concepto no tiene que ver tanto con cambios generados desde dentro de la profesión médica, como con cambios producidos en la sociedad donde esta se inserta. Así, la revolución moderna que se inicia con el Renacimiento alumbró nuevas formas de entender la idea que de sí mismos y de su relación diferenciada con los otros tienen los sujetos. Surgen así nuevos conceptos que delimitan, con mucha más claridad que se hacía en el Mundo Antiguo, espacios de relación diferentes: intimidad, privacidad y publicidad. Sin duda la configuración del Estado burocrático moderno, que delimita con claridad el ámbito de lo público, y permite por tanto que se diferencien lo privado y lo íntimo es uno de los grandes factores sociopolíticos de este cambio tan decisivo.

Sin embargo, al igual que ocurren en otros ámbitos, estos cambios tardarán en llegar a la Me-

dicina varios siglos. De hecho no es hasta el siglo XX cuando estos nuevos conceptos aterrizan en la Medicina revelando como insuficientes las versiones antiguas del "secreto". La complejidad extrema de las organizaciones sanitarias, los cambios en la relación médico-paciente, los nuevos derechos de ciudadanos y pacientes, el avance imparable de la ciencia médica y, ya en pleno siglo XXI, el empuje arrollador de las nuevas Tecnologías de la Información, nos abren a un mundo completamente nuevo respecto a los deberes éticos y jurídicos de los profesionales en esta materia.

Al respecto baste señalar, por ejemplo, que el paraguas conceptual para hablar de estas cuestiones desde el punto de vista jurídico ha cambiado por completo en los últimos cinco años. Ya no es ni el derecho a la protección de la intimidad que genera un deber de confidencialidad, ni el derecho a la libertad informática, sino el derecho a la protección de datos personales, algo mucho más amplio que engloba a todo lo anterior.

Esta mesa tratará de ahondar en toda esta complejidad, con el objeto de que los Médicos de Familia podamos dar respuestas coherentes y prudentes a los retos que este nuevo escenario nos plantea.

MESA: Los problemas de confidencialidad en Medicina de Familia

Ponencia: Confidencialidad en la práctica clínica. Marco ético y jurídico-legal

Iraburu Elizondo M

Hospital Virgen del Camino, Pamplona (Navarra)

La persona enferma, en su lucha por recuperar la salud, se verá obligada a desnudarse en cuerpo y alma, a exponer su presente y su pasado sin ocultar nada; el registro será total. La confianza y la confianza sustentan la relación clínica y los profesionales debemos velar para que la información que el paciente nos confía sea tratada de manera exquisita.

La intimidad es un derecho fundamental del individuo¹ fuertemente custodiado en nuestro ordenamiento jurídico¹. En los últimos 20 años se ha producido un extraordinario desarrollo jurídico-normativo en este terreno a nivel internacional, comunitario, estatal y autonómico². Además, la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos Personales (LOPD)³ extiende su protección a cualquier dato personal.

La historia clínica informatizada (HCI) garantiza en todo momento la accesibilidad a los datos de salud –ordenados, legibles, custodiados, seguros...- de los ciudadanos. Esto es más que bueno, es magnífico. La HCI mejora mucho la eficiencia asistencial, gestora, investigadora..., grandes ventajas. Su lado oscuro es que una mala utilización puede dañar gravemente la intimidad de las personas.

Los profesionales que desarrollan estas aplicaciones acostumbran a poner el acento en la autenticación, perfiles, encriptación... Los ciudadanos suelen en cambio preocuparse por aspectos más cotidianos como, por ejemplo, que su cuñado que trabaja en un centro de salud pueda entrar en su HCI y ver que es portador del VIH. ¿Es infundada esta inquietud? Los estu-

dios existentes en nuestro país^{4,5,6,7} muestran que los profesionales sanitarios también acceden a los historiales por motivos personales o divulgan la información de manera indebida. La realidad es que vivimos en una sociedad que trivializa la incursión en la vida de los demás y es difícil que esta actitud no traspase los dinteles del ámbito sanitario.

Con demasiada frecuencia olvidamos que cuando un paciente revela una información no está renunciando a su intimidad sino gestionándola: “te confío mis secretos para que puedas ayudarme”. La LOPD limita el tratamiento de sus datos según el *principio de proporcionalidad y finalidad* y obliga a *cancelarlos* (bloquearlos) cuando dejen de ser pertinentes (artículo 4). También la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁸ expone entre sus principios básicos que “*La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica*”.

Éstos son los derechos que nuestro marco legal reconoce a cada ciudadano y que emanan del reconocimiento a su soberanía sobre su vida e intimidad. Finalizar recordando que los historiales clínicos se nutren de lo más íntimo de personas especialmente vulnerables por su situación de enfermedad y que no pueden seguir el consejo de Séneca: “*Si quieres que tu secreto sea guardado, guárdalo tú mismo*”

BIBLIOGRAFÍA

1. URL: <http://narros.congreso.es/constitucion/constitucion/indice/index.htm> (visitado el 18/03/2008).
2. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. B.O.E. nº 281, de 24 de noviembre de 1995.
3. Júdez J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarcos J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: Historia clínica y gestión de la información. *Med Clin (Barc)*. 2002; 118 (1): 18-37.
4. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. B.O.E. nº 298, de martes 14 de diciembre de 1999.
5. Pérez- Cárceles MD, Pereniguez JE, Osuna E, Pérez- Flores D, Luna A. Balancing confidentiality and the information provided to families of patients in primary care. *J Med Ethics* 2005; 31(9):531-535.
6. Pérez- Cárceles MD, Pereniguez JE, Osuna E, Pérez- Flores D, Luna A. Primary care confidentiality for Spanish adolescents: fact or fiction? *J. Med Ethics* 2006; 32 (6): 329-334.
7. Iraburu M., Chamorro J., De Pedro MT. Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital en relación a la confidencialidad. *An Sist Sanit Navar* 2006; 29: 557-566.
8. Iraburu M., por el Grupo de Trabajo del EMIC. Estudio multicéntrico de investigación sobre la confidencialidad. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128 (15): 575-578.
9. Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. B.O.E. nº 274, de 15 de noviembre de 2002.

MESA: Los problemas de confidencialidad en Medicina de Familia

Ponencia: Confidencialidad e Historia Clínica. Una visión desde Atención Primaria

Delgado Marroquín MT

Medico de Familia. Zaragoza

La informatización en medicina se ha convertido en un elemento más de la buena práctica médica, al constituir un instrumento de gran utilidad tanto para la asistencia como para la gestión, además de facilitar el cumplimiento de los deberes derivados del respeto a la intimidad y privacidad de todas las personas. Sin embargo, se plantean problemas de índole práctica cuya solución no es fácil y requiere de la colaboración y entendimiento de todos los implicados. En buena medida, derivan del desconocimiento u olvido del concepto de confidencialidad: *lo que se hace o se dice con seguridad recíproca entre dos o más personas*, en este caso usuarios, profesionales sanitarios, gestores y planificadores. Seguridad de qué: de que el sistema y la información que contiene, sirven primordialmente para su razón de ser: la correcta y adecuada atención a la salud de las personas.

En el ámbito de la atención primaria, conviene hacer algunas reflexiones:

- Nos encontramos en el nivel asistencial donde mayor cantidad de información personal especialmente sensible se maneja, con el fin de favorecer una atención integral, integrada, centrada en la persona y en su contexto sociofamiliar. Se hace imprescindible concienciar a todos los implicados de la necesaria seguridad recíproca en el manejo y custodia de datos sanitarios, para que, junto con la aplicación concienzuda de las mejores medidas y procedimientos de seguridad, la confidencialidad forme parte efectiva de la política de trabajo institucional. Se plantea la posibilidad de elaborar y divulgar guías de buena práctica con sugerencias explícitas para resolver los problemas más habituales que pueden surgir en el día a día.

- El respeto a la autonomía y dignidad del paciente implica contar con él para el tratamiento

de los datos de salud que le conciernen. El paciente tiene un derecho efectivo a conocer quién accede a sus datos y en qué condiciones, así como a decidir qué información es accesible para otros profesionales y cuál no, siempre que esto no afecte a su atención sanitaria ni suponga un riesgo para la colectividad. Del mismo modo, deben habilitarse los medios para que pueda solicitarse la cancelación o modificación de aquellos contenidos que sean inexactos o que no mantengan su pertinencia, respetando el deber de guarda y custodia de la institución. La existencia de unidades funcionales de documentación clínica en AP facilitaría la puesta en práctica de estas cuestiones.

- En las historias clínicas informatizadas deberían existir 3 niveles de almacenamiento de datos. En el *primer nivel* se hallarían los datos básicos que el paciente sabe que pueden ser utilizados por cualquier profesional que participe en su asistencia aunque no sea su médico o enfermero habitual. En un *segundo nivel* aquéllos datos privados, a los que sólo se tiene acceso con el permiso expreso del paciente (una opción sería una clave de acceso mixta: clave de nivel 3 del profesional o firma digital más clave de autorización aportada por el paciente). En un *tercer nivel* se pueden situar ciertos datos reservados, a los que el paciente no tiene acceso a priori, pues recogen las observaciones subjetivas que los profesionales consideran necesario reservar por razones asistenciales, o datos referidos a terceras personas.

- Una garantía adicional de transparencia y seguridad sería que todo el sistema fuera evaluado por un Comité independiente en el que estuvieran representados los usuarios, además de los profesionales sanitarios y los gestores.

MESA: Los problemas de confidencialidad en Medicina de Familia

Ponencia: El abordaje de la confidencialidad en DIRAYA desde la perspectiva del médico de familia

Ortega Carpio A

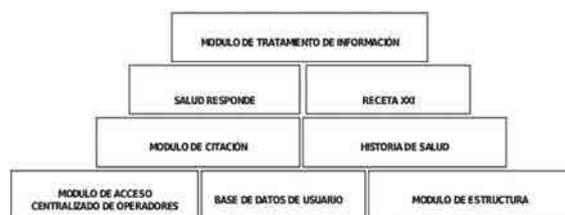
Médico de Familia. Centro de Salud el Torrejón, Huelva

Los tres grandes retos a los que se ha enfrentado la implantación de la Historia Médica Electrónica (HME) en Andalucía han sido su complejidad, derivada del enorme volumen y heterogeneidad de datos sanitarios manejados, la dispersión en cuanto a las fuentes de origen de los mismos y su longitudinalidad temporal, así como el mantenimiento en estas circunstancias de la confidencialidad, que junto al respeto mutuo es uno de los pilares en los que se basa la relación médico paciente.

La confidencialidad no es sólo un problema técnico, sino también cultural. Los profesionales que tratan los datos sanitarios deben concienciarse de la importancia de adquirir hábitos de conducta idóneos para garantizar el derecho a la intimidad de los pacientes. Esto es clave en un sistema como el sanitario, que no está formado sólo por profesionales conscientes del secreto profesional que les afecta, sino también por otros estamentos no sanitarios que deban ser educados en una ética que respete estos principios, y que maneja un tipo especial de datos personales: la información sanitaria. De nada sirve exigir a fabricantes e instaladores sofisticados elementos de seguridad, si no nos exigimos a nosotros mismos la práctica adecuada de estas herramientas.

Dicho esto, el modelo tecnológico e HME desarrollado en Andalucía desde finales del 2001 presenta varias debilidades de carácter técnico para garantizar el derecho a la intimidad de los pacientes y el deber de secreto de los profesionales sanitarios.

En primer lugar se trata de una base de datos centralizada que si bien facilita las posibilidades de compartir información entre distintos profesionales y proveedores de servicios, así como el análisis centralizado de datos sanitarios, plantea serias dudas en cuanto a su vulnerabilidad y a los riesgos que esto conlleva. Cuando un sistema es grande y centralizado como DIRAYA, el riesgo de agresión externa crece exponencialmente debido al excepcional valor de la información almacenada, en tanto que las posibilidades de protección solo lo hacen linealmente y dentro de unos límites. Además, basta que la información se filtre una sola vez para que los daños sean catastróficos e irreparables. Los sistemas de información descentralizados tienen en cambio una característica estructural intrínseca que contribuye a garantizar su seguridad frente a intereses ilícitos: la dispersión, que hace técnica y logísticamente casi imposible la complicación clandestina de la información registrada, sin limitar la obtención centralizada de información debidamente encriptada y desposeída de toda identidad no imprescindible. Además el modelo descentralizado es compatible con compartir específicamente la información pertinente, consentida y debidamente actualizada que sea necesaria para la atención adecuada del paciente en diversos escenarios. Puede afirmarse que la descentralización de los sistemas de información



Módulos básicos que componen DIRAYA. Fuente SAS (2004)

sanitarios supone en definitiva una democratización de los mismos, que se encuentran así más próximos al depositario principal de los datos, el profesional sanitario, y en última instancia, de su propietario final que es el paciente.

En segundo lugar, DIRAYA contempla dos métodos de control de la confidencialidad del paciente ineficaces e insuficientes: la tarjeta sanitaria como llave de acceso a la historia clínica digital, y los sistemas de encriptación de la historia que impiden el acceso a determinados aspectos de la hoja de evolución clínica.

En teoría, la Tarjeta Sanitaria del paciente debería ser necesaria para franquear el acceso a la HME de DIRAYA; sin embargo al no estar siempre disponible o no existir lectores de tarjetas en algunos terminales, se contempla la posibilidad de acceso mediante la impresión de un documento de autorización que el paciente debe firmar. El procedimiento es a todas luces insuficiente, ya que puede obligar al sistema de archivo de autorizaciones implementado para su almacenamiento. Se puede argumentar que la trazabilidad del acceso está registrada en el sistema, pero la realidad es que no existe ninguna limitación para el acceso no autorizado a las HME de DIRAYA, al menos para profesionales acreditados.

En cuanto a la posibilidad de encriptar la totalidad de la Hoja de Evolución o aspectos concretos de la misma (motivo de consulta, anamnesis o exploración) mediante la herramienta conocida como "candado", que impide que estos datos sean accesibles a médicos diferentes al habitual del paciente, la realidad es que nadie la utiliza. Probablemente debido a la falta de cultura de seguridad que comentaba al principio, pero con toda seguridad por la percepción del profesional de la inutilidad de este sistema para impedir el acceso a información sensible alojada en los diferentes módulos de DIRAYA. No existen "candados" para limitar el acceso a la Lista de Problemas, o al módulo de Incapacidad Laboral, o a la Hoja de Tratamiento, o a la Historia Familiar o Social, áreas todas ellas que contienen datos de interés sanitario y personal crucial para el paciente y que convenientemente analizados permiten obtener información agregada que reconstruye la identidad global del paciente.

En tercer lugar, y siguiendo las recomendaciones del Grupo de Trabajo del artículo 29 de los Estados miembros de la Unión Europea (WT29), el tratamiento de los datos contenidos en los HME deben cumplir una serie de principios generales de protección de datos y, por su carácter personal y especialmente sensible, debe limitarse su uso a tres excepciones concretas: consentimiento libre, informado, específico y explícito del usuario; interés vital del paciente por último, cuando sea necesario para proporcionar servicios específicos de salud preventivos, diagnósticos, terapéuticos o rehabilitadores, siempre y cuando éstos sean proporcionados por profesionales sanitarios o personas sujetas al secreto médico profesional o a una obligación equivalente de secreto. No considera que cumplan esta última condición otros servicios como la investigación médica o el reembolso por gastos de seguro de enfermedad. De estas directrices emanan algunas reflexiones dirigidas a potenciar en la práctica el Derecho de Autodeterminación del paciente, estableciendo algunas medidas que deberían implementarse en DIRAYA:

- 1.- Si bien no es imprescindible solicitar el consentimiento explícito del paciente para introducir sus datos en el HME, si debería ofrecérsele al paciente la posibilidad del derecho a la denegación como forma de expresar la autodeterminación.
- 2.- Los pacientes deberían poder decidir libremente qué tipo de datos quieren compartir y con qué profesionales hacerlo.
- 3.- Por último, los pacientes deberían tener la posibilidad de retirar totalmente sus datos del HME o al menos cancelar su acceso.

Llamativamente, el único módulo de DIRAYA que precisa de un consentimiento explícito del paciente para introducir y compartir datos, y que puede retirarse en cualquier momento a voluntad del paciente al requerir obligadamente el uso de la Tarjeta Sanitaria, es un módulo íntimamente relacionado con el control del gasto farmacéutico como es Receta XXI.

En cuarto lugar, la HME incluida en DIRAYA respeta aparentemente la integridad de la información al impedir modificar datos introdu-

cidos por el mismo profesional en la historia pasadas las 24 horas del día en curso. Si bien esta norma se aplica para facilitar el valor documental del historial clínico, debería ser posible corregir, tachar o almacenar en una papeleira virtual (nunca eliminar) la información incorrecta, no actualizada o irrelevante, que por su persistencia de forma activa incrementa la complejidad de la lectura, enlentece el sistema y, lo que es fundamental, puede inducir a errores diagnósticos o terapéuticos. Esta opción está disponible para determinados aspectos de la Lista de Problemas (Problemas inactivos) o de la Hoja de Tratamiento (Medicación Inactiva), si bien condicionados por errores del sistema que en la práctica suelen dificultar su funcionamiento y que tras varios años de implantación no se han solucionado; por ejemplo, sólo pueden modificarse problemas introducidos por el profesional que lo propone, de forma que si el paciente cambia de médico, arrastra indefinidamente los problemas originales en su HME. Otros módulos ni siquiera contemplan esta posibilidad (Historia Clínica, Incapacidad Temporal, Historia Familiar...).

Otra de las debilidades técnicas de DIRAYA es la ausencia de un espacio para alojar información subjetiva o secundaria dentro del marco de HME. Si bien la propiedad de los datos y la información primaria que éstos generan es del paciente, el profesional necesita disponer de un espacio propio en el que anotar tareas pendientes o impresiones subjetivas que no alcanzan el carácter de información diagnóstica ni terapéutica, y que por tanto no deben ser obligatoriamente transferidas al paciente, pero que sí son de esencial utilidad en el trabajo habitual de la

consulta condicionada por un factor limitante básico como es el tiempo. No tenemos mucho tiempo para cada paciente pero sí muchas oportunidades a lo largo de la atención continuada que realizamos para llevar a cabo los objetivos planificados. Cada visita es una oportunidad para hacerlo, da ahí la importancia de disponer de una hoja de notas ("post-it" de recordatorio de tareas pendientes que sea accesible, y fácil de añadir y de retirar.

Finalmente, algunos de los requisitos exigibles en seguridad que cumple DIRAYA se reflejan a continuación:

- Acceso individual mediante código de identificación y contraseña de usuario.
- Configuración de contraseñas: caducidad, formato, tamaño y modificación autónoma por el usuario.
- Capacidad de detección de fecha y hora a la que se accedió por última vez.
- Definición de perfiles de usuario en función de las responsabilidades asumidas.
- Habilitación a nivel de usuario de opciones de visualización o impresión
- Barreras de acceso a través de conexión periférica o externa.
- Capacidad de Auditoría Interna y Externa.
- Existencia de procedimientos de copia dinámicos y de recuperación de datos.

COMUNICACIÓN ORAL

Eficacia de un Programa de Intervención Multifactorial para reducir la incidencia de caídas en los ancianos de la comunidad

Rodríguez Navarro V¹, Pérula de Torres LA², Varas Fabra F³, Pérula de Torres CJ⁴, Martínez de la Iglesia J⁴, Ruiz Moral R²

¹ Centro de Salud de La Carlota (Córdoba)

² Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito de Atención Primaria de Córdoba

³ Equipo Móvil de Rehabilitación. Distrito de Atención Primaria de Córdoba

⁴ Consultorio de Encinarejo. UGC Occidente-Azahara (Córdoba)

OBJETIVO

Evaluar la eficacia de un programa de intervención multifactorial de prevención de caídas en la población ≥ 70 años.

DISEÑO

Ensayo clínico controlado, multicéntrico, abierto, aleatorizado, de dos brazos paralelos (razón 1:2), y con controles a los 3, 6, 9 y 12 meses.

EMPLAZAMIENTO

11 Centros de Salud (6 urbanos y 5 rurales), los cuales se aleatorizaron a uno de los 2 grupos: Grupo experimental -GE- (consejo individual y taller de ejercicio físico) o Grupo control -GC- (consejo breve individual).

SUJETOS

≥ 70 años, de ambos sexos, residentes en la comunidad, captados en consulta o en visitas domiciliarias.

RESULTADOS PRINCIPALES

Resultados principales: 404 pacientes, 133 en GE y 271 en el GC. En la comparabilidad inicial de los grupos no se observaron diferencias en cuan-

to a la edad, sexo, nivel de instrucción o clase social ($p > 0,05$). El 33,1% de las personas del GE y el 30,25% del GC se habían caído el año anterior ($p > 0,05$). A los tres meses tras la intervención la incidencia de caídas fue 2,4% en el GE y 9,1% en el GC (RR=0,931; IC95%=0,889 a 0,976; $p=0,01$). A los 12 meses la incidencia de caídas fue del 17,3% en el GE y del 23,6% en el GC (RR=0,924; IC95%=0,834 a 1,02; $p=0,14$).

CONCLUSIONES

Un programa de intervención multifactorial resulta más eficaz que un consejo breve para reducir el número de caídas a los tres meses, aunque esta diferencia no se mantiene a los 12 meses, a pesar de que se observa una menor incidencia con el programa.

COMUNICACIÓN ORAL

Relación entre las interacciones farmacológicas de los pacientes anticoagulados seguidos en atención primaria y su impacto asistencial y grado de control

López Aguilar FJ¹, Atienza Martín FJ², Sánchez Gualberto A¹, Marín Andrés GM², Galloso Santana D¹

¹ U.G.C. Isla Chica (Huelva-Costa)

² U.G.C. Iadoratrices (D. S. Huelva-Costa)

OBJETIVO

Estudiar la relación entre las interacciones farmacológicas en pacientes en tratamiento anticoagulante oral (TAO) seguidos en atención primaria, su grado de control y la carga asistencial que producen.

DISEÑO

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo.

EMPLAZAMIENTO

2 centros de salud urbanos.

SUJETOS

Pacientes en seguimiento de TAO en atención primaria.

RESULTADOS PRINCIPALES

Revisamos 333 pacientes (50.6 % mujeres). Edad media: 74.4 años (DS: 9.7). Promedio de fármacos utilizados: 7.8 (DS: 3.5). Promedio de interacciones presentes: 1.9 (DS: 1.3). Presentaron el último INR en rango el 74.8 % de los pacientes. Promedio de INR en rango en los últimos 3 meses: 63.35 % (DS: 29.4) sin correlación

con el número de interacciones. Promedio de visitas al centro de salud: 29.4 (DS: 16.5), (13.5 (DS: 8.1) al médico y 15.8 (DS: 12.5) a la enfermera con diferencia significativa entre ellas ($p < 0.0001$)). Correlación de Pearson positiva entre el número de interacciones y el número de visitas totales ($p < 0.001$). No existió correlación entre la edad y el número de visitas, pero si entre el porcentaje de visitas con INR en rango en los últimos 3 meses y el número de visitas totales.

CONCLUSIONES

Se observa una altísima frecuentación, en relación, entre otros factores, con sus interacciones farmacológicas y el control de INR.

Existe un buen porcentaje de pacientes con INR en rango en el momento del estudio y en el periodo de 3 meses anteriores, aunque puede mejorarse.

Habría que implementar estrategias para disminuir la frecuentación, entre otras, las que disminuyan las interacciones farmacológicas

COMUNICACIÓN ORAL

Anticoncepción postcoital en DCCU Granada Centro

Reyes Requena M, López Ramón I, Martínez Padilla C, Sánchez Caballero M^aL, Montero Sáez M^aC

DCCU Granada

OBJETIVOS

Conocer la demanda de anticoncepción poscoital en el Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de la zona del centro de la capital de Granada (DCCU Gran Capitán).

Analizar y conocer el porcentaje de demanda, la distribución por edades.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo realizado por DCCU Granada Gran Capitán. Se revisaron manualmente un total de 2840 historias clínicas correspondientes a demandas interiores del DCCU del año 2007.

RESULTADOS

El número de historias correspondientes a dispensación de anticoncepción poscoital fue de 394 (13'9 %). La distribución por edades fue la siguiente: DE 15 a 20 años :142(36 '1%),de 21 a 25 : 178(45'2%), de 26 a 30 :37(9 '4 %), de 31 a 35 : 12 (3 %), Mayor o igual de 36 años . 10 (2'5 %),no se administro en 15 casos (3'8 %) por ser menores de 15 años o estar utilizando de forma correcta otro método anticonceptivo.

CONCLUSIONES

Es evidente que sería conveniente establecer normas de actuación y terapéutica consensuadas entre servicios de urgencia de atención primaria y hospitalaria ante la demanda de IP, debido a la variabilidad de criterios observados. Por tanto, sería aconsejable realizar un plan de actuación consensuado previo a la aplicación de anticoncepción poscoital.

La necesidad de la actualización de los conocimientos en esta cuestión de todos los profesionales implicados. Sería deseable ofertar esta posibilidad desde cualquier tipo de servicio asistencial (centros de atención primaria, servicios de orientación familiar, servicios de urgencias extrahospitalarios y hospitalarios). No debemos olvidar que la Anticoncepcion no es un método de rutina, sino un método de uso en situaciones con alta probabilidad de gestación no deseada, pero parece ser de gran aceptación entre las adolescentes. Es frecuente, sobre todo en solicitantes muy jóvenes, que este tipo de demanda sea su primer acercamiento al sistema sanitario como sujetos responsables, lo que hay que valorar en su medida justa, pues del modelo de respuesta recibido pueden depender, en parte, las relaciones posteriores con dicho sistema. Además se debería aprovechar la demanda de IP para informar y educar sobre uso de métodos anticonceptivos en esta población.

COMUNICACIÓN ORAL

Desarrollo de actividades preventivas recomendadas por el PAPPS en MIR de MFyC

Paniagua Urbano D¹, Giménez Ruiz JJ², Guerrero González P³, Doblás Delgado A⁴, Pérula de Torres LA⁵, Ruiz del Moral R⁶

¹ MIR 4º. año de MFyC. CS de Montoro. Distrito Guadalquivir. Unidad Docente Córdoba

² MIR 4º. año de MFyC. CS Levante Norte. Distrito Centro. Unidad Docente Córdoba

³ MIR 4º. año de MFyC. CS Occidente. Distrito Centro. Unidad Docente Córdoba

⁴ MIR 5º. año de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

⁵ Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Técnico de Salud Pública de la UD de MFyC de Córdoba

⁶ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador de la UD de MFyC de Córdoba

INTRODUCCIÓN

Entre los objetivos docentes o habilidades que un MIR debe adquirir, está la correcta integración en la práctica asistencial de las actividades preventivas y de promoción de la Salud. No existe hasta ahora ningún estudio que evalúe el grado de conocimiento y desarrollo de estas actividades en este subgrupo profesional.

OBJETIVOS

- Determinar el grado y tipo de actividades preventivas, recomendadas por el PAPPS, que realizan los MIR de MFyC 3º año en los centros de salud.
- Estimar si la realización de actividades preventivas suponen un mayor gasto de tiempo en la consulta habitual que en aquellas que no se realizan.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal. Población: médicos internos residentes de 3er año de las promociones (2003-2006). Mediante muestreo aleatorio se seleccionaron 384 consultas videograbadas asistidas por 60 residentes. Se analizaron variables demográficas y de actividad preventivas.

RESULTADOS

- En una muestra de 384 consultas, el 72,1% de los Residentes NO REALIZAN ninguna

Actividad Preventiva. Sólo la realizan un 27.9%.

- De las consultas en las que se realizan Actividades Preventivas, las más frecuentes son las Secundarias (70,09%), seguidas por las Primarias (27,1%) y, por último, las Terciarias (2,8%).

- De las Actividades Preventivas realizadas la más frecuente es la toma de la Tensión arterial (8,1%), seguida del control analítico del colesterol (7,8%) y consejos antitabaco (3.4%).

- Existen diferencias significativas en el tiempo total de las consultas en que se realizan actividades preventivas y en las que no ($p < 0.05$). El tiempo medio por consulta en aquellas en las que no se realiza actividad preventiva es de $5,6 \pm 3,1$ (DT) min mientras que en las consultas donde se realizan medidas preventivas es de $7,048 \pm 3,05$ (DT) min ($t = -4,085$; $p < 0,0001$).

- Dentro de las consultas donde se realizan medidas preventivas, el tiempo medio en realizarlas es de $2,334 \pm 1,66$ minutos

CONCLUSIONES

- La proporción de médicos residentes que realizan actividades preventivas es muy baja.
- Una consulta que incluya actividades preventivas precisa de un mayor tiempo, que una que no las incluya.
- Los médicos residentes deben aprender a optimizar las habilidades de comunicación y gestión en consulta.

COMUNICACIÓN ORAL

Urgencias domiciliarias. Perfil del servicio durante 1 año de funcionamiento y perfil del usuario típico

Aguirre Rodríguez JC¹, Ruiz Rodríguez MA¹, Vicente Prieto M²I¹, Fernández Carmona C², Campos Santos P¹

¹ Médico de Familia del Centro de Salud de Santa Fe (Granada)

² Enfermera del Centro de Salud de Santa Fe (Granada)

INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos, estamos observando un aumento de la demanda de asistencia médica tanto en Atención Primaria como en el Área de Urgencias. Este hecho, lo podemos atribuir fundamentalmente a tres factores:

- A) El aumento de la esperanza de vida de la población.
- B) El incremento de las enfermedades crónicas.
- C) Prevalencia de problemas sociales.

Pero lo que realmente hace que nuestro paciente solicite la asistencia de una unidad móvil medicalizada es, sin duda, el sentimiento “subjetivo” de presentar una enfermedad urgente y la necesidad de una atención rápida.

Llegado a este punto, nos planteamos 3 cuestiones:

- 1.- ¿Qué probabilidad hay de que ante una demanda urgente nos encontremos con una urgencia real?
- 2.- ¿Quiénes son los usuarios típicos de estos servicios?
- 3.- ¿Hay hiperfrecuentadores?

OBJETIVOS

Analizar el trabajo, los usuarios y la capacidad de resolución de un servicio de urgencias domiciliarias tras un año de funcionamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo, basado en la revisión de TODAS las historias clínicas de asistencia realizadas desde febrero 2007 hasta Marzo 2008, en una población de 51.451 habitantes. Y, los datos obtenidos los agrupamos atendiendo a varios criterios:

- A) El motivo de la demanda urgente
- B) La prioridad asignada al aviso.
- C) El diagnóstico emitido por el médico que atiende al paciente.
- D) Datos demográficos del paciente

Como aclaración a los anteriores conceptos, señalaremos cómo funciona nuestra unidad móvil: Se trata de una ambulancia medicalizada en la que van un grupo de profesionales (médico, enfermero y técnico sanitario). Cuando un paciente llama al teléfono de urgencias, es atendido por el centro coordinador el cual recoge los datos del aviso y resume la historia en un “motivo de demanda” y la “prioriza” según la urgen-

cia o gravedad de la enfermedad. Así pues, prioridad 1 se correspondería con una emergencia médica, que requiere una actuación inmediata. Prioridad 2 con una urgencia no demorable. Prioridad 3 con una urgencia demorable y prioridad 4 se trataría de una visita domiciliaria ante patología no urgente.

Por tanto, el motivo de demanda y la prioridad son datos que siempre proporciona el centro coordinador al equipo médico designado para atenderla.

Y, una vez que éste se desplaza al domicilio indicado y valora al paciente, emite el diagnóstico oportuno, y se lo comunica al centro coordinador, indicando además si el paciente será trasladado al hospital o si se quedará en el domicilio.

RESULTADOS

En un año, se han realizado un total de 3.063 asistencias, lo que corresponde a una media de 8.39 avisos por día. Del total de pacientes atendidos, el 61.5% eran mujeres, la edad media es de 67.7 ± 19.94 . Se trasladaron al hospital 883 pacientes lo que supone una capacidad de resolución en domicilio del 71.17%.

La mayoría de los avisos recibidos fueron prioridades 2 (urgencias no demorables): 57.07%. El resto de los porcentajes se reparten de la siguiente manera: Prioridades 1 (9.66%), prioridades 3 (19.07%), prioridades 4 (5.64%). Sin datos en la historia (8.55%).

Los motivos de demanda fueron fundamentalmente 3: dolor osteoarticular (24.82%), disnea (9.07%) y mareo mal definido (8.88%).

Los diagnósticos más frecuentemente emitidos son: Sin patología urgente (20.76%), Dolor osteo-

articular (14.28 %) y vértigo (5.52%), lo que refleja que el 35% de los avisos presentaban una patología banal, no urgente. La yatrogenia, los problemas sociales, los problemas psiquiátricos y la atención a pacientes oncológicos supone un 12.8% de la actividad.

Entre las patologías urgentes, se detectaron, pacientes con cardiopatía isquémica (dolor típico + ECG patológico) uno cada dos días; ACV uno cada 3 días y se confirmó un exitus cada 6 días.

Por otra parte, el 58% de usuarios han sido atendidos anteriormente.

CONCLUSIONES

1. Hay un elevado número de solicitudes de asistencias urgentes por patologías que son realmente banales.
2. Existe un elevado número de hiperutilizadores de las urgencias domiciliarias.
3. Un día normal de trabajo de la unidad móvil se resume de la siguiente forma: 9 atenciones: 2-3 precisarán traslado; 2 no tendrán patología urgente, 2-3 presentarán dolor osteoarticular, 1 disnea y 1 será paciente oncológico en ttº. Paliativo.
4. El usuario típico es una mujer de 80 años que vive sola y solicita atención por dolor osteoarticular.
5. Se precisa:
 - Mayor educación poblacional para el uso adecuado de los Servicios de urgencias
 - Mejoras en el sistema de "filtro" de las demandas.

COMUNICACIÓN ORAL

Atención urgente en residencias de mayores

Fernández Carmona C¹, Aguirre Rodríguez JC², García Sánchez T², Sánchez Ramos MC², Ruiz Rodríguez MA²

¹ Enfermera del Centro de Salud de Santa Fe (Granada)

² Médico de Familia del Centro de Salud de Santa Fe (Granada)

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida, los problemas sociales y la elevada prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas contribuye al aumento de ingresos en residencias de mayores. Aunque la mayoría de estas residencias publicita que dispone de servicio médico, es frecuente que se solicite ayuda a la sanidad pública, sobre todo en determinadas situaciones consideradas como "urgencias". Por lo tanto analizar los motivos más frecuentes de esta demanda puede reportar beneficios en cuanto a planificación y atención de los residentes, por lo general, personas de edad avanzada.

En el presente trabajo nos planteamos aclarar si las demandas de asistencia en las residencias de mayores son realmente urgencias médicas, o si se podrían solucionar sin la participación de un equipo médico. Y, por otra parte, ¿hay un perfil típico de usuario de estos servicios.

OBJETIVOS

Analizar las asistencias urgentes en las 9 residencias de mayores de nuestra ZBS durante el primer año de funcionamiento del equipo móvil, su capacidad de resolución así como los diagnósticos emitidos por el mismo

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo, basado en la revisión de TODAS las historias clínicas de asistencia realizadas desde febrero 2007 hasta Marzo 2008. De una población total de 51.451 habitantes, tenemos 608 residentes en las 9 instituciones que hay en nuestra ZBS. Y, los datos obtenidos los agrupamos atendiendo a varios criterios:

- A) El motivo de la demanda urgente
- B) La prioridad asignada al aviso.
- C) El diagnóstico emitido por el médico que atiende al paciente.
- D) Datos demográficos del paciente

Como aclaración, señalar el funcionamiento habitual de nuestra unidad móvil: Se trata de una ambulancia medicalizada en la que van un médico, un enfermero y un técnico sanitario. Cuando los responsables de la residencia llaman al teléfono de urgencias éste es atendido por el centro coordinador, quien recoge los datos del aviso y resume la historia en un "motivo de demanda" y la "prioriza" según la urgencia o gravedad de la misma. Así pues, prioridad 1 se correspondería con una emergencia médica, que requiere una actuación inmediata. Prioridad 2 con una urgencia no demorable. Prioridad 3 con una urgencia demorable y prioridad 4 se trataría de una visita domiciliaria ante patología no urgente.

Por tanto, el motivo de demanda y la prioridad son datos que siempre proporciona el centro coordinador al equipo médico designado para atenderla.

Y, una vez que éste se desplaza al lugar y valora al paciente, emite el diagnóstico oportuno, y se lo comunica al centro coordinador, indicando además si el paciente será trasladado al hospital o si se quedará en el domicilio.

RESULTADOS

En este primer año de funcionamiento se han realizado 3.063 asistencias, de las que 356 fueron a residencias de mayores, lo que supone el 11,62% del total. Si la población residente es de 608, el índice de asistencia es de 59 por cada 100 residentes y año.

De los 356 avisos se trasladaron al hospital 107; lo que representa que la capacidad de resolución del equipo móvil es del 67.14%.

El 67.14% de los pacientes atendidos eran mujeres. La edad media fue de $77,87 \pm 14,93$ (mujeres: 80.34; hombres: 72.82).

La mayoría de los avisos recibidos fueron prioridades 2 (urgencias no demorables): 63.2%. El resto de los porcentajes se reparten de la siguiente manera: Prioridades 1 (7.86%), prioridades 3 (18.54%) y prioridades 4 (3.65%).

Los principales motivos de demanda fueron 3: Disnea (16.57%), Caídas (10.11%) y Fiebre (7.87%).

Los diagnósticos más frecuentemente emitidos son: Sin patología urgente (8.71%), Contusiones/Heridas (8.71%), Yatrogenia (8.4%), Exitus (5.05%) y A.C.V. (4.49%).

De las 9 residencias de nuestra ZBS, 2 de ellas, que suponen un 27% del total de residentes, acumulan el 51.6% de las asistencias

CONCLUSIONES

1) Hay un aviso diario a una residencia, y probablemente se solucionará sin necesidad de traslado.

2) La yatrogenia por consumo de benzodiazepinas, y las caídas son muy frecuentes, suponiendo casi el 18% de todas las asistencias.

3) Respecto a la población general:

- Hay menor porcentaje de patología banal (20% frente al 35%).

- No existen diferencias entre las prioridades asistenciales y diagnósticos de ACV.

- El exitus es mucho más frecuente.

4) El usuario típico es una mujer de 85 años, *consumidora de benzodiazepinas* que solicita atención por disnea, *como consecuencia de una infección respiratoria*.

5) Sería deseable una mayor coordinación entre los servicios asistenciales de las residencias y los servicios de urgencias, ya que sólo 1 de cada 3 pacientes precisa atención hospitalaria.

COMUNICACIÓN ORAL

Carga hipertensiva sistólica a través de mapa: factores asociados y su relación con el ritmo circadiano

Castilla Capetillo A¹, Romero Reyes MR², Cordero Soriano JJ², Camacho Pizarro T³, Pedregal González M⁴

¹ Centro de Salud de Punta Umbria (Huelva)

² Servicio de Urgencias Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva

³ Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de Riotinto de Huelva

⁴ Unidad Docente de MFyC de Huelva

INTRODUCCIÓN

La carga sistólica total (CST) y el tipo de patrón son conceptos de gran utilidad en el estudio del paciente hipertenso en relación a su morbimortalidad y pronóstico.

OBJETIVOS

1. Conocer los patrones de presión arterial de los pacientes para optimizar tratamiento (cronoterapia y/o modificación de fármacos).
2. Tener valor de referencia de CST para estudios posteriores.
3. Conocer la relación FRCV modificables con CST y patrón de presión arterial para actuar sobre ellos.

DISEÑO

Muestreo consecutivo en estudio observacional descriptivo durante un periodo de nueve meses.

EMPLAZAMIENTO

Centro de salud urbano

SUJETOS

103 pacientes a petición de los médicos EBAP del Centro de Salud, según la necesidad de realizarles un MAPA para confirmar el diagnóstico de HTA u optimizar tratamientos según su pa-

trón de presión arterial. Incluimos como variables independientes: sexo, edad, IMC, perímetro abdominal, DM, dislipemia, tabaco; variables dependientes: patrón de PA y CST. Se realiza análisis mediante test estadísticos.

RESULTADOS PRINCIPALES

El 55% eran mujeres con edad media de 60 años, el 42% presentaba un patrón diper, la CST media fue del 40%. Se somete al estudio al modelo de regresión lineal múltiple donde se concluye que sólo existe significación estadística entre CST/ sexo y CST/ DM.

CONCLUSIONES

1. Existe relación entre el patrón "riser" y una CST elevada.
2. Existe relación significativa entre distintos FRCV y CST que al estudiar combinadamente pierden significación.
3. Existe relación significativa entre edad y sexo con el patrón de presión arterial.
4. Sería interesante proseguir estudios con mayor tamaño muestral, considerando más variables para disminuir el sesgo de confusión.

PALABRAS CLAVE

Carga sistólica, monitorización ambulatoria de la presión arterial.

COMUNICACIÓN ORAL

Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en un área rural de Andalucía durante el año 2007

Yang Lai RM^{1,2}, Fernández Ajuria A², Carmona Saucedo C¹, Respaldiza Salas N³, Morilla Romero de la Osa R³

¹ Unidad de Gestión Clínica Utrera-Sur, Sevilla

² Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada

³ CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

OBJETIVO

Describir la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular en un área rural de Andalucía durante el año 2007.

DISEÑO

Estudio transversal. Es un estudio piloto para una posterior muestra aleatoria representativa durante el año 2008.

EMPLAZAMIENTO

Localidad rural sevillana, eminentemente agrícola, con estabilidad demográfica y 5.045 habitantes.

SUJETOS

Muestra accidental de 137 personas, en el centro de salud del pueblo durante 11 días, entre julio y noviembre de 2007, tras consentimiento informado por escrito.

VARIABLES

Edad, sexo, nivel cultural, tabaquismo, obesidad (índice de masa corporal), perímetro abdominal, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus. Los datos se obtienen a partir de una encuesta sociodemográfica y clínica, exploración física (peso, talla, IMC, perímetro abdominal,

presión arterial), extracción de sangre en ayunas y determinación de glucosa, colesterol (con fracciones) y triglicéridos.

RESULTADOS PRINCIPALES

Población < 65 años: 62,4% (48,6% hombres, 68% mujeres), ≥ 65 años: 37,3% (51,4% hombres, 32% mujeres). Prevalencias: *Diabetes Mellitus*, según encuesta (DM) 20,45% (29,73% hombres, 16,84% mujeres); *hipertensión arterial* según encuesta (HTA) 38,64% (hombres 33,3%, mujeres 66,6%), < 65 años: 20,7% (22,2% hombres, 20,3% mujeres), ≥ 65 años: 68% (68,4% hombres, 67,7% mujeres); *tabaquismo*: 23,1%, < 65 años: 33,7% (33,3% hombres, 33,8% mujeres), ≥ 65 años: 6% (hombres 15,8%, mujeres 0%). *Dislipemias* (datos analíticos): hipercolesterolemia: 15,6% población total (8,3% hombres, 18,2% mujeres), < 65 años: 13% (20% hombres, 11,1% mujeres), ≥ 65 años: 18,2% (0% hombres, 26,7% mujeres). Hipertrigliceridemia: 35,6% (50% hombres, 30,3% mujeres). *Obesidad* 46,3% (45,9% hombres, 46,9% mujeres).

CONCLUSIONES

En nuestro medio se ha detectado una prevalencia de DM, obesidad y dislipemia superior a las comunicadas en Andalucía, aunque habría que ampliar el estudio para garantizar la representatividad de la muestra. En personas ≥ 65 años existe mayor prevalencia de HTA y menor de tabaquismo que en < 65 años.

COMUNICACIÓN ORAL

El acompañante y su influencia en la negociación y el tiempo de la consulta en Atención Primaria

López García-Ramos, L¹, Pérez de Colosia Civantos M², López Martín D¹, Berbel Jiménez FJ¹, Pedregal González M³

¹ Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Adoratrices, Huelva

² Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud La Orden, Huelva

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

OBJETIVO

Conocer qué porcentaje de pacientes viene acompañado a la consulta de Atención Primaria y su influencia en la negociación y tiempo de duración de la entrevista clínica.

DISEÑO

Estudio observacional descriptivo.

MUESTRA

El tamaño de la muestra se calculó para una proporción esperada de acompañante del 23.86%, con un error absoluto del 5% a nivel de confianza del 95%, n=280 EC, pero seleccionamos finalmente 390.

EMPLAZAMIENTO

Dos Centros de Salud urbanos.

SUJETOS

Muestreo no probabilístico de las entrevistas clínicas (EC) realizadas por 4 médicos en sus consultas de Atención Primaria, y recogidas por 4 observadores externos, previamente entrenados, mediante hoja de recogida de datos y cronómetro digital.

TÉCNICAS ESTADÍSTICAS EMPLEADAS

Resúmenes numéricos para variables cuantitativas, Proporciones para variables cualitativas con sus intervalos de confianza (IC). Test de t de Student para comparar medias y test de Chi-Cuadrado para

comparar variables cualitativas, previa comprobación de condiciones de aplicación.

RESULTADOS PRINCIPALES

Se recogieron 390 EC, 119 (30.5%) acudieron con algún acompañante (IC 95%: 25.9-35.3). El más frecuente fue del sexo femenino (61%), esposo/a con una media de edad de 52 años y colaborador/a en un 69.7% (IC 95%: 63.7-80.7). Existió negociación en el 16.4% (IC 95%:12.9-20.5) y se llegó a un acuerdo en el 88.9% (IC 95%: 78.4-95.4) de las negociaciones.

No se encontraron diferencias en la negociación con o sin acompañante (p=0.303), ni en su éxito o acuerdo (p=0.711). La entrevista terminó con una diferencia de 46 segundos sin y con acompañante (p=0.098). La duración de la consulta sin negociación fue de 7 minutos con 2 segundos y con negociación fue de 8 minutos y 38 segundos de media (p=0.034).

CONCLUSIONES

El porcentaje de pacientes que vienen acompañados es aproximadamente un tercio del total de las EC. El acompañante no influye en la negociación ni en conseguir un acuerdo. No se observaron diferencias estadísticas ni clínicamente significativas de que las EC con paciente acompañado consuman mayor tiempo de consulta. Por otro lado, el tiempo de la entrevista es mayor si hay que negociar, aunque es relevante desde el punto de vista clínico, porque se llega a un acuerdo en un alto porcentaje de casos.

PALABRAS CLAVE

Habilidades de comunicación. Atención Primaria. Acompañante. Entrevista clínica.

COMUNICACIÓN ORAL

Análisis de la encuesta de satisfacción de usuarios del año 2007 en un centro de salud urbano de Granada. Propuesta de mejora

García Ceballos M

MIR MFyC. UDMFyC Granada. Centro de Salud La Chana, Granada

La evaluación de la percepción de los usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía sobre los distintos aspectos que componen la atención al ciudadano forma parte fundamental de las estrategias de mejora continua de la calidad. De las tres áreas que componen la evaluación de la calidad de un servicio, que son la estructura, el proceso y los resultados, la evaluación de la percepción de los usuarios supone una medición muy interesante de la tercera –los resultados–, que a la vez es el área que mejor evalúa la calidad, en este caso la calidad percibida.

Existen numerosas normas jurídicas que justifican y apoyan la adecuación de los servicios sanitarios a las necesidades y expectativas del ciudadano, tanto a nivel estatal como a nivel andaluz. Entre ellas cabe destacar la ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y de Derechos y Deberes en Materia de Información y Documentación clínica.

Como instrumento de medida de la calidad percibida empleamos la Encuesta de Satisfacción de Usuarios para Atención Primaria, que se viene realizando en Andalucía desde 1999. Su estructura se basa en el modelo ServQual (Service Quality) y la componen 5 dimensiones principales (Elementos tangibles, Empatía, Fiabilidad, Capacidad de respuesta y Seguridad), cada una de las cuáles está formada por varios subapartados. Los pesos relativos de cada dimensión en el resultado final son homogéneos, entorno al 20%. La encuesta es administrada por encuestadores independientes a un grupo de usuarios del Centro de Salud.

La dimensión de Tangibilidad o Elementos Tangibles se refiere a la estructura, es decir, a las instalaciones del Centro de Salud, la conservación del edificio, la comodidad de los asientos... La Empatía habla de la relación que se establece con

el usuario, principalmente en el Área de Atención al Usuario (AAU); sería una variable de proceso. La Fiabilidad incluye la valoración general que hace el usuario de los profesionales médicos del Centro y también las preguntas sobre fidelidad (recomendaría o no el Centro y sus profesionales). La Capacidad de respuesta se refiere a la agilidad con que se tramitan los distintos trámites administrativos y citas desde el AAU. Por último, el área de Seguridad (en vías de desarrollo) incluye apartados de intimidad, confidencialidad e información al usuario.

Para el análisis de la encuesta me he basado en los niveles que se definen en el Contrato Programa para los Centros de Salud. El valor óptimo sería un índice de satisfacción mayor del 90% y el valor mínimo un índice mayor del 70% o del percentil 25 del valor medio de ese índice obtenido para Andalucía. Lo que se recomienda es desarrollar programas de mejora específicos para aquellas variables en las que se obtengan resultados inferiores a estos valores mínimos.

En la tabla de resultados globales (ver tabla) observamos la comparación entre los datos del Centro de Salud en 2007, los datos del año previo en el mismo Centro, los datos del entorno más próximo (Distrito Sanitario) y por último los del ámbito andaluz. Lo primero que llama la atención es que para ninguna de las variables analizadas los índices de satisfacción son inferiores a los valores mínimos establecidos en el Contrato Programa, por lo que, en rigor, no sería necesario elaborar ningún Plan de Mejora. Sin embargo, observamos varios aspectos mejorables. Vamos a centrarnos en tres variables concretas. En primer lugar la Empatía, para la que se observa un franco empeoramiento con respecto al año previo en el mismo Centro y cuyo ín-

dice de satisfacción es además inferior al valor óptimo, a la media en Distrito y a la media andaluza. A continuación la Capacidad de respuesta que, aunque ha mejorado con respecto al año previo, aún se encuentra lejos del nivel óptimo y es inferior a la media andaluza. Y por último la Seguridad, para la que se ha producido un descenso importante en el índice de satisfacción con respecto a año previo y, además, este resultado es también muy inferior al de Distrito y Andalucía.

A continuación vamos a ir destacando, dentro de estas tres variables generales, cuáles de los distintos aspectos que las componen obtienen resultados inferiores a la media andaluza. En el caso de la Empatía, el trato a los usuarios en el AAU logra resultados inferiores a Andalucía. Para la Capacidad de respuesta son los problemas administrativos en las citas el aspecto que no logra rebasar la media andaluza. En cuanto a la seguridad, en el Centro de Salud los usuarios perciben que, con respecto a la media andaluza, se les permite dar su opinión en menor grado.

Para lograr mejorar la percepción de los usuarios sobre el trato que reciben en los mostradores, se

organizó una reunión con el personal del AAU, donde se analizó la situación, planteando y resolviendo las dificultades que aparecen en la relación con los usuarios, y próximamente se realizará un taller de habilidades de comunicación y gestión de conflictos.

La mejora de los problemas para tramitar las citas médicas siguió una línea similar, donde se revisaron los problemas surgidos con el sistema de gestión de citas.

Para abordar el problema planteado sobre la poca disponibilidad a escuchar la opinión de los usuarios, se realizó dentro de la programación de las sesiones clínicas, una reunión con el personal facultativo en la que se expuso la situación que planteaban los resultados de la encuesta, así como el material que apoya la necesidad de mejorar la bidireccionalidad de la comunicación con los usuarios. Próximamente también se realizará un taller sobre baja reactividad y técnicas de escucha activa.

Por último y para cerrar el círculo de la calidad, se evaluará la utilidad de las medidas de mejora propuestas, analizando los resultados de la próxima Encuesta de Satisfacción de Usuarios.

Dimensión Ámbito	TANGIBILIDAD	EMPATÍA	FIABILIDAD	RESPUESTA	SEGURIDAD	GENERAL
C. SALUD 2007	92.5	87	93	83.5	83	87.5
ANDALUCÍA 2007	84	88	91.5	78	90.5	86.5
DISTRITO SANITARIO 2007	90	89.5	93.5	84.5	91.5	90
C. SALUD 2006	97	92.5	90.5	79.5	95.5	90.5

Tabla. Índices porcentuales de Satisfacción según año y zona

COMUNICACIÓN ORAL

La violencia sobre los profesionales de los dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU)

Ramos Navas-Parejo JM¹, Roldán Maldonado G², Garrido Mateo L³, Guardia García R³, Ávila Villegas R⁴

¹ Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias del Distrito Sanitario de Granada

² Unidad de Día de Salud Mental del Hospital Virgen de las Nieves de Granada

³ Becaria Fundación Biosanitario Alejandro Otero

⁴ Centro de Salud Almanjáyar, Granada

INTRODUCCIÓN

La violencia que ejercen los usuarios contra el personal sanitario está generando gran alarma social. Tan sólo en el periódico local de la provincia del estudio hemos encontrado, en los tres primeros meses de 2008, 25 artículos sobre este tema. Sin embargo, desconocemos la prevalencia real del problema y sus consecuencias. Por sus características, los servicios de urgencias son especialmente vulnerables a este fenómeno.

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de profesionales que trabajan en los DCCU que han sido agredidos, su perfil profesional y sociodemográfico, el número y tipo de agresiones y las consecuencias de dichas agresiones.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal. Se elaboró y administró una entrevista semiestructurada, donde se registraban las variables sociodemográficas (edad, género, vivir en pareja/solo, categoría profesional, media de horas de guardia, antigüedad en el puesto de trabajo, y lugar de trabajo) y características de las agresiones.

EMPLAZAMIENTO

Medio rural y urbano (multicéntrico).

SUJETOS

149 profesionales (37,6% médicos, 32,2% enfermeros/as, 30,2% celadores/as-conductores/as) pertenecientes a 17 puntos de urgencias de la provincia de Granada.

RESULTADOS PRINCIPALES

El 86% de los profesionales se han sentido agredidos alguna vez en su trabajo. El 91% han sufrido agresiones verbales y un 18%, además, han sido agredidos físicamente. El 76% las valora como graves/muy graves. El 65% tiene miedo de ser agredido cuando trabaja. No se ha encontrado ningún perfil profesional ni variable sociodemográfica asociada al hecho de ser agredido o la gravedad de dichas agresiones (para lo que hemos utilizado la chi-cuadrado y t-student en el análisis estadístico).

CONCLUSIONES

Nuestros datos confirman que la violencia es un problema muy prevalente en el DCCU, siendo independiente del género, edad, categoría, horas de guardia, antigüedad, etc. Los altos niveles de ansiedad y miedo durante el trabajo ponen de manifiesto la necesidad de plantear nuevas medidas preventivas y políticas de actuación.

COMUNICACIÓN ORAL

Estudio sobre el estrés laboral en los profesionales de los Servicios de Urgencias de Atención Primaria

Ramos Navas-Parejo JM^{a1}, Roldán Maldonado G², Guardia García R³, Garrido Mateo R³, Cénit García J¹

¹ Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias del Distrito Sanitario Granada

² Unidad de Día de Salud Mental del Hospital Virgen de las Nieves de Granada

³ Becaria Fundación Biosanitario Alejandro Otero

INTRODUCCIÓN

Los costes humanos, económicos y sociales del estrés son incalculables. Los profesionales que atienden las urgencias sanitarias presentan mayor riesgo de sufrir las consecuencias de una situación permanentemente estresante.

OBJETIVOS

Estudiar la prevalencia de las tres dimensiones del desgaste emocional (agotamiento emocional, despersonalización y sentimiento de realización personal en el trabajo) en los profesionales de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias (DCCU). Relacionar las dimensiones del desgaste emocional con las variables sociodemográficas (edad, género, vivir en pareja/solo, antigüedad en el puesto de trabajo, categoría profesional, media de horas de guardia y lugar de trabajo).

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal. Se pasó el Inventario de Burnout de Maslach (*Maslach burnout Inventory. MBI*; Maslach y Jackson, 1986), que mide tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. Además, se realizó una entrevista semiestructurada para conocer las variables sociodemográficas descritas en los objetivos.

EMPLAZAMIENTO

Rural y urbano (multicéntrico).

SUJETOS

128 profesionales (35,6% médicos, 34,9% enfermeros/as, 29,5% celadores/as-conductores/as) pertenecientes a 17 puntos de urgencias de la provincia de Granada.

RESULTADOS PRINCIPALES

El 12% de los profesionales presentan una puntuación media-alta en agotamiento emocional. El 30% puntuó medio-alto en despersonalización. El 28% tiene un sentimiento de realización bajo.

Tras el análisis estadístico de los resultados, observamos diferencias significativas, dándose mayor nivel de agotamiento emocional en los profesionales médicos y en aquellos profesionales que viven en pareja. Un menor número de horas de guardia al mes se relaciona significativamente con alto agotamiento emocional, alta despersonalización y baja realización personal.

CONCLUSIONES

Las consecuencias emocionales del estrés en los profesionales de urgencias constituye un problema prevalente en la actualidad. La presencia del "Síndrome de estar quemado" señala la necesidad de generar políticas de intervención y prevención que incluyan estrategias psicológicas para reducir su incidencia y así mejorar el estado de los profesionales y por lo tanto, la calidad de su asistencia.

COMUNICACIÓN ORAL

Violencia escolar. Actitudes y sentimientos en jóvenes escolarizados del campo de Gibraltar

Soriano Fuentes S, Soriano Fuentes L, Vilches Sánchez I, Hernández López T

Centro de Salud Algeciras-Norte, Cádiz

OBJETIVOS

Estudiar la violencia escolar, las actitudes y sentimientos así como otros aspectos relacionados con la violencia en los jóvenes escolarizados del Campo de Gibraltar.

DISEÑO

Estudio, descriptivo, transversal, analítico.

EMPLAZAMIENTO

Institutos de Educación Secundaria del Campo de Gibraltar, sobre una población de alumnos que estén cursando ESO, Bachiller y Ciclos Formativos, durante Marzo-Abril 2008.

PARTICIPANTES

La muestra recogida en este estudio hasta la primera semana de abril es de 1175 alumnos. Se han excluido 14 cuestionarios por incluir el nombre, o por incluir notas o comentarios que hacían dudar de las respuestas. La muestra analizada se compone de 1161 alumnos.

La sistemática seguida siempre es la misma. Se contacta personalmente con el Director del Centro, se le explica brevemente el estudio, cual es la idea, cuales los objetivos y como es el diseño

del estudio. Se le pide la colaboración y se le entrega el cuestionario de recogida de datos con las variables. Este se lo pasa al orientador, este a los tutores y son estos los que lo distribuyen en horas de tutoría a sus alumnos, recogiendo en ese momento.

MEDICIONES PRINCIPALES

Edad, sexo, curso, si ha repetido algún curso, número de hermanos, estado civil de los padres, antecedentes familiares de consumo de tabaco y alcohol. También registramos la fuente de ingreso familiar y la cantidad de dinero que disponen a la semana. Igualmente se recoge el consumo de sustancias adictivas así como la edad de inicio a las mismas y las relaciones con los padres. Si el alumno se ha visto implicado en alguna "pelea" física con algún compañero del centro; si ha manejado algún arma (navaja); si ha tenido algún enfrentamiento o discusión con algún profesor; si ha participado sólo o en grupo para intimidar o "chulear" a algún compañero. Qué sentimientos tienen cuando ven alguna escena violenta de la vida real colgada en Internet o presencian alguna pelea. Qué sentimientos tienen cuando en esa escena está implicado un familiar como agresor y como víctima.

Y por ultimo, la identificación con actitudes que hacen referencia a la tolerancia y al afecto, al respeto y la ilusión, o por el contrario con presumir cuando hacen algo malo, o con la idea de que la violencia me hace más fuerte.

RESULTADOS

El 54 % de la muestra estudiada son chicos (n=627) y el 44.3 % son chicas (n=514). El 61.2 % de los alumnos que han repetido algún curso (n = 526) son chicos. Respecto al estado civil de los padres, el 80 % están casados y un 20 % están separados/divorciados, son pareja de hecho o son viudos.

Hemos recogido en el cuestionario la variable "si en la familia existe algún familiar enfermo" (por las repercusiones que pueden tener en los hermanos, padres, etc) sin especificar que miembro familiar es el afectado y de qué tipo de problemática se trata. Un 15 % han respondido que si lo tienen.

Relaciones con los padres: buenas (46.2 %, n= 537), esto es, existe armonía, comunicación, afecto, respeto; normales (49.2%, n=571) y conflictivas, malas o ausentes (4.6 %).

Respecto a la fuente de ingresos, un porcentaje de la muestra, 38 % son los dos miembros de la pareja los que aportan el dinero, casi similar al porcentaje de alumnos en los que solo es el padre el que trabaja, (40 %).

A la pregunta ¿Hay en tu casa algún familiar que fume? Un 33 % (385) responden nadie; en el resto (731 alumnos), todos tienen algún familiar que fuman, siendo el padre solo un 20 %; la madre sola un 14 %, los dos juntos casi un 18 %. Encontramos fuerte asociación entre padres separados/divorciados y madre fumadora.

Respecto al consumo de alcohol en la familia un 56.5 % (655) han respondido que no consume nadie; en el resto hay miembros que sí consumen siendo el padre solo un 17 % (200), la madre sola un 2 % y los dos juntos cerca de un 11 % (124).

Casi un 50 % (575 alumnos) no han consumido nada de drogas; en el resto han consumido alguna de estas sustancias (tabaco, alcohol, porros, cocaína, anfetaminas, heroína, otros..) siendo las más consumida el alcohol, solo (un 21 %) o asociada al tabaco, o a tabaco y marihuana.

Del porcentaje de alumnos que han consumido un 27.5 % siguen consumiendo (315).

El 50 % de los alumnos manejan menos de 10 • a la semana.

El 29 % se ha visto implicado una o más veces en alguna "pelea" física con algún compañero del centro y el 19.7 % ha utilizado alguna vez algún arma (navaja).

El 36 % de los alumnos han tenido algún enfrentamiento o discusión con algún profesor y un 18 % ha intimidado o chuleado a los compañeros.

Los sentimientos que tienen cuando presencian alguna escena violenta suelen ser de vergüenza y rechazo. Un porcentaje experimentan diversión pero llama la atención que el 32 % no sienten nada.

Cuando está implicado un familiar como agresor la mayoría sienten vergüenza y rechazo, pero un 13 % no sienten nada y para un 3 % esta situación les causa diversión.

Si la víctima es el familiar los sentimientos de diversión se sustituyen por los de odio y venganza. Incluso en esta situación un 13 % de los alumnos sigue sin experimentar nada.

La mayoría se sienten bien cuando respetan a los demás, consiguen lo que se proponen y les ilusionan lo bueno que pueden llegar a ser en su vida.

CONCLUSIONES

Aunque el porcentaje de jóvenes que siguen consumiendo sustancias adictivas, sobre todo el alcohol, es elevado, no existe asociación entre este grupo y las actitudes y los sentimientos violentos.

La mayoría de alumnos experimentan rechazo de las actitudes violentas, identificándose con el respeto y los buenos sentimientos, si bien un porcentaje de alumnos tienen actitudes violentas, se han enfrentado en varias ocasiones al profesor, han chuleado varias veces a compañeros, se han peleado varias veces, y han manejado un arma varias veces. Igualmente sienten diversión ante la violencia, no experimentan nada o piensan que la violencia les hace ser más fuertes.

COMUNICACIÓN ORAL

Experiencia en una rotación internacional de residentes en medicina de familia

Moreno Garcia M¹, Cedeño Benavides T²

¹ Centro de Salud Gran Capitán, Granada

² Centro de Salud La Chana, Granada

OBJETIVOS

Mostrar las diferencias entre dos sistemas de atención primaria en dos países de la unión europea.

DISEÑO

Estudio observacional.

EMPLAZAMIENTO

Centros de salud Portugueses de un área metropolitana con cobertura a una población en torno a 63,000 habitantes (povoa) y 30.000 (Senhora da Hora)

SUJETOS

Médicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en su tercer año de formación que, con ayuda de la colaboración semFYC- Associação Portuguesa de Clínica Geral (APCG) y sus intercambios, realizaron esta experiencia de participar en el sistema nacional sanitario portugués.

RESULTADOS

Diferencias asistenciales:

- Pago a la hora de recibir la atención sanitaria.
- Pruebas diagnósticas en la privada.
- Fármacos y pruebas diagnósticas subvencionadas parcialmente (según salarios).
- A pesar del cupo (1500 pacientes), 10-15 pacientes día, 15-30 minutos cada visita: 5 "urgencias", hasta las 22h, luego programadas.
- La lista de espera para valoración por especialista hospitalario supera el año de espera.
- Bajas por incapacidad temporal (IT) pueden darlas los privados, máximo 5 días.
- No sistema informático centralizado.

Diferencias clínicas:

- Anticonceptivos Orales dispensados gratuitamente por enfermería.
- Consulta Niño Sano hasta 14 años.
- Vitamina C a los niños.
- Embarazadas suplemento Fe y Fólico, no Yodo.
- Diabetes: control con especialista 1 año.
- No se inicia la insulinización en Primaria.
- No control de INR.
- Screening cáncer útero (menopausia).
- Práctica clínica centrada en Pruebas Complementarias.

Diferencias en la formación:

- 6 años de carrera, 2 años de prácticas (remuneradas) y elección de especialidad.
- MF: 3 años: casi 2 en Centro de Salud y rotaciones por MI, ginecología, traumatología, pediatría hospitalaria y optativa (dermatología...).
- Algunas zonas ya hacen 4 años de MF.
- Guardias optativas: 4-10h en Centro de Salud o en hospital.
- Examen al terminar (difícil, si no apto, un año más).
- Contratos al acabar de 3 años.

CONCLUSIONES

- Existen grandes diferencias en la asistencia a los pacientes en las consultas de atención primaria entre los dos países.
- Una rotación internacional sirve, entre otras cosas, para conocer otros modelos de Atención Primaria.
- Una vez conocidas las diferencias, se intentan importar aquellas estrategias que lleven a una mejora del modelo del que se parte.

PALABRAS CLAVE

Exchange, family phisician, training.

COMUNICACIÓN ORAL

Reevaluación de la calidad asistencial de pacientes incluidos en proceso de EPOC (años 2006-2007)

Villatoro Jiménez V, Cabrera Martínez MC, Barrios Gonzalez M, Vega García- Posada R, Hernando Jimenez V, Mesa Redondo MD

Unidad de Gestión Clínica San Andrés Torcal, Málaga

OBJETIVOS

Valorar la mejora de la calidad conseguida en pacientes incluidos en proceso de EPOC.

DISEÑO

Reevaluación interna longitudinal y retrospectiva de criterios explícitos y normativos de la calidad tras aplicar medidas correctoras, siguiendo ciclo evaluativo de palmer.

EMPLAZAMIENTO

Centro de Salud urbano.

SUJETOS

Pacientes incluidos en el proceso de EPOC durante años 2006 y 2007.

RESULTADOS PRINCIPALES

Ha existido una inclusión de 322 pacientes nuevos. Además se han producido una mejora significativa ($p < 0,001$) de la captación de pacientes totales teóricos. Hubo mejora no significativa en los siguientes criterios expresadas en años: porcentaje de pacientes con espirometrías realizadas (de 34,8 a 42,2%); registro de hábito tabáquico (de 57 a 63,9%); fumadores en último año (42,9 a 45,3%) e intervención antitabaco en fumadores (45,5 a 66,7%). Se observó un descenso (no significativo) de porcentaje de pacientes con espirometría y patrón obstructivo (de 68,9 a 45,7%) y de vacunación antigripal de 60 a 53,3% ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES

Debe mejorarse la correcta inclusión de los pacientes EPOC en el proceso y la disposición de datos para mejorar la calidad de estos sujetos.

PALABRAS CLAVE

Ocfa, quality improvement, evaluation.

INDICADOR	2006	2007	mejora absoluta p2-p1	mejora relativa p2-p1/1-p1	significación p
	1ª evaluación IC A 95% (P1)	2ª evaluación IC A 95% (P2)			
Captados incluidos proceso EPOC	15,9	65,8	49,9	34	$p < 0,001$
% paciente con Espirometría realizadas	34,8	42,2	7,4	11,28	NS
% pacientes con patrón obstructivo de espirometría realizadas	68,9%	45,7%	-23,2%	-74,9	$P < 0,05$
Registro hábito tabáquico en EPOC	57	63,9	6,9	15,9	NS
Fumadores último año registrados	42,9	45,3	2,4	4,3	NS
Intervención antitabaco último año sobre fumadores	45,5	66,7	21,2	38,9	NS
Espirometría anual	24,4	40,9	16,5	21,86	$p < 0,01$
Vacunación de la gripe anual	60	53,01	-6,99	-17,5	NS
RELACION VARON/HEMBRA	7V/3h	6,5V/3,5H			
EDAD PROMEDIO	64,8	65,8			
EDAD DESVEST	14,1	12,4			
ASISTEN MF	98,5%	97,50%			
ASISTEN 1 VEZ AL MF		25,30%			
ADECUADA ATENCIÓN NEUMÓLOGO					
USAN INHALADORES	43,4%				
PRESCRITO 1 INHALADOR CORTO AL MENOS AÑO		36,10%			
REAGUDIZACION 1 VEZ AL AÑO	26,7%	26,50%			
ADECUADO TRATAMIENTO SEGÚN GRAVEDAD	pte	pte			

EVALUACIÓN 2006

INDICADOR	CUMPLE	NO CUMPLE	CASOS POSIBLES	P	IC A 95%
Solicitud de espirometría ante sospecha diagnóstica	22	42	64	34,4	26,6-42,2
Uso de corticoides y/o antibióticos en descompensaciones.	77	19	95	80,2	74,3-87,8
Plan específico de visitas antes 30 días al alta	10	26	36	27,8	22,8-32,7
reagudizaciones	36		135	26,7	
Registro hábito tabaco anual	71	64	135	52,6	41,5-63,7
INDICADOR	CUMPLE	NO CUMPLE	CASOS POSIBLES	P	IC A 95%
captados incluidos proceso EPOC del total teóricos	133	702	835	15,9	
% pacientes con espirometría solicitadas	47	104	135	34,8	14,4-23,0
% pacientes con patrón obstructivo de espirometría realizadas	31	14	45	68,9	
<i>valoración de gravedad</i>	pendiente	pendiente			
diagnósticos inadecuados si espirometrías hecha	pendiente	pendiente			
Atención por nivel asistencial correspondiente	pendiente	pendiente			
seguimiento adecuado	pendiente	pendiente			
<i>Espirometría anual</i>	33	102	135	27,7	15,7-33,2
Vacunación de la gripe anual	81	54	135	60	48,7-71,3
Registro hábito tabáquico en EPOC	77	58	135	57	45,8-68,3
Paciente fumadores ultimo año	33	44	77	42,9	34,3-51,4
Registro fumadores y consejo antitabaco ultimo año.	15	47	33	45,5	

EVALUACIÓN 2007

INDICADOR	CUMPLE	NO CUMPLE	CASOS POSIBLES	P	IC A 95%
captados incluidos proceso EPOC del total teóricos	525	285	810	64,8	
% pacientes con espirometrías realizadas	35	48	83	42,2	
% pacientes con patrón obstructivo de espirometrías realizadas	16	19	35	45,7	
<i>valoración de gravedad</i>					
Atención por neumólogo 1 vez al año	pendiente	pendiente			
Atención por nivel asistencial correspondiente	21	62	83	25,3	17,1-33,5
seguimiento adecuado	pendiente	pendiente			
<i>Espirometría anual</i>	34	49	83	41	31,0-49,9
Registro hábito tabáquico en EPOC	53	30	83	63,9	56,3-71,4
Paciente fumadores ultimo año	24	29	53	45,3	40,3-50,3
Registro fumadores y consejo antitabaco ultimo año.	16	8	24	66,7	
<i>ejercicio</i>					
valorar falta nutrición	pendiente	pendiente			
Vacunación de la gripe anual	44	39	83	53	44,4-61,6
Prescrito 1 broncodilatador corto al año al menos	30	53	83	36,1	27,3

COMUNICACIÓN ORAL

La receta electrónica en las consultas de Atención Primaria

Ruiz Moruno FJ, Redondo Sánchez J, Hernández Ruiz A, Solís Cuesta J, Crespo Crespo A, García Poyato C

Médicos de Familia, Córdoba

OBJETIVOS

Conocer la población que se beneficia de esta prescripción y como evolucionó su uso a los largo de dos años tras su implantación.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal. Análisis de frecuencias, χ^2 para variables cualitativas y McNemar para variables apareadas. Los datos se procesaron en SPSS versión 11.0

EMPLAZAMIENTO

Tres centros de salud urbanos.

SUJETOS

Se eligieron de forma aleatoria y sistematizada 274 historias. Recogiendo edad, sexo, tipo de farmacia, patologías, duración y porcentaje de la prescripción, grupo y número de fármacos. Se analizaron al año de iniciar la prescripción y a los dos años.

RESULTADOS

De las 274 historias analizadas, el 56% eran mujeres. La edad fue de 63 ± 14 años. El 62% tenían farmacia gratuita. La duración del tratamiento fue de (2006/2007) $9 \pm 3 / 8 \pm 4$. El número de

fármacos prescritos fue de 5 ± 3 en ambos periodos. Se encontraron más de 3 patologías (95%), siendo las más frecuentes: HTA (62.4%/69%), Diabetes Mellitus (29%/39%), Dislipemias (32%/43%), Aparato Locomotor (42%/49%). Los fármacos más prescritos fueron: antihipertensivos (64%/71%); IBP (43%/53%); hipolipemiantes (35%/48%); psicotropos (30%/40%); analgésicos (27%/30%), ADO (25%/33%). Hubo incremento de número de patologías y de fármacos. Abandonaron el tratamiento 36 pacientes (13%), siendo las causas: pérdida de la tarjeta, no estar indicado y defunción.

CONCLUSIONES

- La población eran mayoritariamente mujeres y pensionistas.
- Las enfermedades encontradas fueron: cardiovasculares (HTA, DM, dislipemia) y osteoarticulares.
- La prescripción superó los seis meses y los cinco fármacos. Siendo más utilizados los antihipertensivos, protectores gástricos, hipolipemiantes, antidiabéticos.
- La tasa de abandono no fue significativa.

COMUNICACIÓN ORAL

Programa coordinado de uso racional del medicamento entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria

Moreno García M, Espínola García E, Montoro Ruiz R, Calleja Hernández MA, Bonillo García MA, García Salmerón A

UCG Gran Capitán, Distrito Sanitario Granada, UGC de Farmacia del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, UGC de Farmacia del Hospital Universitario San Cecilio

OBJETIVOS

- 1) Evaluar el impacto del programa coordinado de Uso Racional del Medicamento (URM) de un Distrito de Atención Primaria (AP) y sus dos Hospitales (H) de referencia en la evolución de los indicadores comunes de calidad de la prescripción de medicamentos.
- 2) Conocer las intervenciones realizadas en URM en Atención Primaria y Hospital.

DISEÑO

Estudio observacional descriptivo. Periodo de estudio: 2004-2007. Fuente de datos: Microstrategy.

Variables estudiadas: Indicadores de Calidad de la Prescripción comunes en Atención Primaria y Hospital durante el periodo de estudio (% Prescripción por Principio Activo -PA-, % Novedades Terapéuticas No Recomendadas -NTNR-, % DDD Simvastatina /total de estatinas, % DDD Ibuprofeno+Diclofenaco/total DDD AINEs, % DDD Omeprazol/total DDD grupo de fármacos IBP, % DDD Metformina, Glibenclamida, Glipizida y Gliclazida/total antidiabéticos y % DDD Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina y Citalopram/total de antidepresivos de 2ª generación).

EMPLAZAMIENTO

Los 15 Centros de Salud de la Zona Básica de Salud Granada cuya población asignada es de 298.000 habitantes y con dos hospitales de referencia diferentes para 9 y 6 Centros de Salud respectivamente.

SUJETOS

Prescripciones realizadas en recetas por la totalidad de los Médicos de Familia de la Zona Básica

de Salud y de los Facultativos Especialistas de Área de los dos hospitales desde 2004 a 2007.

RESULTADOS PRINCIPALES

La diferencia de porcentajes ha mostrado una mejoría en la obtención del objetivo para todas las variables al final del periodo estudiado excepto para el indicador de antidepresivos que ha descendido (H1= -3.35%, AP referencia H1= -2.72%; H2 = -7.49%, AP referencia H2= -4.61%). El indicador que ha mostrado un crecimiento mayor ha sido la prescripción por PA (H1= 33.02%, AP referencia H1= 17.75%; H2= 31.33%, AP referencia H2= 17.73%).

CONCLUSIONES

- La monitorización de los indicadores de calidad de la prescripción de los programas de URM contribuye a:

- Adecuación del uso de Fármacos
- Disminución variabilidad clínica
- Mejora Efectividad y Eficiencia de las actuaciones.

- Los programas coordinados de URM entre AP y AH mejoran la tendencia en la consecución de objetivos de los indicadores de calidad de la prescripción.

- Todos los Indicadores mejoran, tanto en AP como AH, y en el Hospital se relacionan con el momento de implantación de las actividades coordinadas en URM.

-En AP los Indicadores se adecuan mejor a los objetivos del URM establecido en el contrato programa.

PALABRAS CLAVE

Primary Health Care, Hospitals, Prescriptions.

COMUNICACIÓN ORAL

Uso de internet como fuente de información biomédica por parte de los médicos de Atención Primaria de la provincia de Granada

Azpilicueta Cengotitabengoa I, Jiménez-Pernett J, Minué Lorenzo S, García-Gutiérrez JF, Pérez Trigueros M, Marfil R

Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada

OBJETIVOS

Conocer los patrones de uso y las actitudes frente a Internet como fuente de información biomédica entre los médicos de atención primaria.

DISEÑO

Estudio trasversal mediante encuesta autoadministrada.

EMPLAZAMIENTOS

Centros de salud de la provincia de Granada.

SUJETOS

Se envió la encuesta a 731 médicos de atención primaria y pediatras.

RESULTADOS PRINCIPALES

Se obtuvo una tasa de respuesta del 53,2%. El 55,7% de los encuestados eran hombres, con una edad media de 47 años y en promedio, 20 años de ejercicio profesional.

Solo un 27,9% (IC 95.0%: 23,20-32,63) declaró tener acceso a Internet desde su puesto de trabajo, mientras un 93,5% disponía de acceso desde el hogar. El 52% afirmaron conectarse a Internet a diario. El servicio más utilizado fue el correo

electrónico (83,3%) y los menos utilizados la participación comunidades virtuales y en blogs (12,7% y 11,3% respectivamente).

La búsqueda de información sobre tratamientos y medicamentos fue la principal actividad profesional en Internet (60,5%), seguida de la consulta de revistas científicas y el acceso a páginas web de asociaciones e instituciones (52,8% y 55,6% respectivamente). El intercambio de información sobre los pacientes y el intercambio de información con los propios pacientes fueron las actividades menos frecuentes (4,9% y 2,2% respectivamente).

El 89,9% estuvieron de acuerdo con la utilización del ordenador como herramienta de trabajo en atención primaria y un 90,7% declaró utilizar a diario el ordenador para realizar su labor asistencial.

CONCLUSIONES

Una gran mayoría de los médicos de atención primaria de la provincia de Granada hacen uso de Internet como fuente de información biomédica. Sin embargo, muy pocos hacen usos más participativos de la red, intercambian poca información sobre los pacientes y menos aún con los propios pacientes.

La actitud favorable de los médicos hacia la utilización del ordenador como herramienta de trabajo en atención primaria contrasta con la escasa accesibilidad a Internet desde sus puestos de trabajo.

COMUNICACIÓN ORAL

Uso de internet como herramienta de apoyo para la formación continuada por parte de los médicos de Atención Primaria de la Granada

Minué Lorenzo S, Azpilicueta Cengotitabengoa I, Jiménez-Pernett J, García Gutiérrez JF, Casillas Becerra L

Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada

OBJETIVOS

Conocer los patrones de uso frente a Internet como herramienta de apoyo para la formación continuada entre los médicos de atención primaria.

DISEÑO

Estudio trasversal mediante encuesta autoadministrada.

EMPLAZAMIENTO

El estudio se realizó en todos los centros de de salud de la provincia de Granada.

SUJETOS

Se envió la encuesta a 731 médicos de atención primaria y pediatras.

RESULTADOS PRINCIPALES

Con una tasa de respuesta del 53,2%, la mayoría de los encuestados eran hombres (55,7%), en promedio, 47 años de edad y 20 años de ejercicio profesional.

El 87,6% de los médicos participaron en actividades de formación continuada en los últimos 5 años, entre ellos el 72,2% utilizando Internet. La

modalidad más utilizada no incluía actividades presenciales (65,5%). El 66,5% participó en talleres, seminarios o cursos cortos, el 50,4% en cursos intermedios, el 7,9% en diplomas o expertos universitarios y el 5,3% en formaciones de grado master.

Las entidades responsables de la organización de estas actividades fueron la industria farmacéutica (60,2%), sociedades científicas (52,6%), colegios profesionales (18,4%) y universidades (12,8%).

Para los médicos encuestados, la relevancia de la actividad para su trabajo y la credibilidad en la institución organizadora fueron los aspectos de mayor importancia a la hora de seleccionar una actividad formativa (61,0% y 59,5% respectivamente).

Finalmente, el 72,5% de los médicos declaró haber concluido las actividades de formación realizadas.

CONCLUSIONES

La mayor parte de los médicos de atención primaria de la provincia de Granada usan Internet como herramienta en la formación continuada. Los principales criterios para escoger una actividad formativa en Internet son la relevancia de la actividad para su trabajo y la credibilidad en la institución organizadora. Sin embargo, cerca de un 23% de los médicos no concluyeron las actividades realizadas, lo que puede indicar la existencia de importantes barreras.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Factores asociados a la progresión del deterioro en ancianos frágiles

Acero Guasch N¹, Conesa Pareja M¹, Valverde Vallejo P², Bordallo Aragón R¹, Vega Gutiérrez P¹, Muñoz Cobos F¹

¹ Centro de Salud El Palo (Málaga)

² Centro de Salud Rincón de la Victoria (Málaga)

OBJETIVOS

Describir patrones evolutivos de la capacidad funcional en personas mayores frágiles.

Analizar la relación entre factores sociodemográficos y de salud y los patrones evolutivos descritos.

DISEÑO

Descriptivo longitudinal. Cohorte dinámica. Análisis bivariante: Chi², t-Student para muestras independientes. Análisis multivariante: regresión logística binaria. Nivel de significación 0.05

EMPLAZAMIENTO

Centro de salud urbano.

SUJETOS

Personas mayores de 65 años con criterios de fragilidad, atendidos en consulta y domicilio (Marzo 2003-Diciembre 2007).

RESULTADOS PRINCIPALES

Se analizan 185 pacientes, 65'4% mujeres, edad media 86'5±0'5 años, 49'2% incapacitados en domicilio. Patologías más incapacitantes: osteomuscular 37'7%, disneizante 28'4%, demencia 17'7% y neurológica 16'1%. Capacidad fun-

cional inicial: Barthel 78±2, Lawton 4±0'2 y Pfeiffer 3±0'25. Determinaciones sucesivas del Barthel: 69'9±2, 64'5±3, 60'9±3'6. Se determina el patrón (al menos 3 mediciones del Barthel) en 96 pacientes: patrón descendente 26% y no descendente 74% (oscilante 69'9% y estable 4'1%). Se relaciona significativamente con el patrón no descendente la variable sexo: 80% de mujeres y 61'3% de hombres (Chi², p 0.051); exponencial de B en ecuación de regresión 6'94, p 0.02.

CONCLUSIONES

El patrón de modificación de la capacidad funcional en las personas mayores frágiles más frecuente es el no descendente (oscilante). La patología responsable de la pérdida de funcionalidad más frecuente es la osteomuscular. Parecen no intervenir en el patrón de deterioro factores como edad, capacidad funcional inicial, incapacidad en domicilio y patología. Ser mujer se relaciona con el patrón no descendente.

PALABRAS CLAVE

Anciano frágil, capacidad funcional, atención primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Comparación del estado nutricional en personas mayores en la comunidad y en residencias

Vegas Sánchez M, Acero Guasch N, Colomo Rodríguez N, García Garzón M, Cortés Salazar C, Bueno Fonseca J

Centro de Salud El Palo, Málaga

OBJETIVO

Comparar el estado nutricional de personas mayores en residencias respecto a ancianos en la comunidad.

DISEÑO

Descriptivo transversal, comparación de grupos en medidas antropométricas, tipo de desnutrición y gravedad. Chi², variables cualitativas y t-Student, variables cuantitativas. Nivel de significación 0'05.

EMPLAZAMIENTO

Centro de Salud Urbano, residencias de ancianos de la zona básica.

SUJETOS

Personas mayores de 65 años con riesgo nutricional atendidos en una consulta de Atención Primaria y en residencias de la zona básica, de igual edad, sexo y capacidad funcional.

Muestreo apareado (n1=n2=35).

RESULTADOS PRINCIPALES

Los grupos son comparables en edad media (domicilio 85'8±1'1; residencia 84'83± 1'1), sexo (77'14% mujeres; 22'86% varones) y funciona-

lidad mediante Índice de Barthel (domicilio 70'86±5'6; residencia 69'43±5'4).

Existe mayor porcentaje de desnutrición en pacientes en domicilio (82'85%) frente institucionalizados (54'28%) p 0'01. El tipo es de predominio muscular o mixto en ambos (domicilio 44'8%, 44'8%; residencia 36'8%, 42'1%) y sin diferencias significativas en gravedad (leve 62'06% en domicilio y 57'9% en residencias).

Son significativas las diferencias en Índice de Masa Corporal (IMC) medio con valores normales en ambos grupos (domicilio 22'6±0'6; residencia 25'27±0'8) p 0'016; Perímetro Braquial (PB) (domicilio 23'38±0'43; residencia 25'74±0'7) p 0'006; Circunferencia Muscular del Brazo (CMB) (domicilio 18'27±0'33; residencia 19'88±0'5) p 0'009. No se encuentran diferencias significativas en Pliegue Tricipital (PT) y Perímetro de la Pantorrilla (PP).

CONCLUSIONES

El estado nutricional de las personas mayores evaluadas es peor en los que residen en domicilio respecto a los que están institucionalizados, siendo las medidas más discriminatorias el PB y la CMB.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Análisis del uso de los dispositivos de inhalación en los pacientes con EPOC

Pendón Fernández S, Bermúdez Merino JL, López-Sidro López M, Maldonado Barrionuevo A

Residentes de MFyC de la Unidad Docente de Málaga. Zona Axarquía

INTRODUCCIÓN

La administración de fármacos por vía inhalatoria constituye la base del tratamiento de los pacientes con EPOC. Dada la elevada prevalencia de esta enfermedad, la prescripción de estos fármacos constituye una parte significativa del gasto sanitario.

Todos los sistemas de administración de los fármacos inhalados requieren un periodo de aprendizaje y es frecuente el empleo incorrecto de los mismos. Numerosos estudios han demostrado que un gran número de pacientes con EPOC e incluso personal sanitario no realizan de forma adecuada esta técnica poniendo de manifiesto la necesidad de programas educativos en esta área.

OBJETIVOS

- Determinar el porcentaje de pacientes atendidos en la consulta de Atención Primaria que emplean de forma incorrecta los inhaladores.
- Estudiar los errores más frecuentes en la realización de la técnica inhalatoria de los pacientes con EPOC de las zonas estudiadas mediante los test de evaluación de la técnica inhalatoria proporcionados por el proceso asistencial integrado del Servicio Andaluz de Salud en el uso de los nebulizadores más frecuentes (MDI, Turbuhaler y Accuhaler)
- Identificar factores asociados a un empleo inadecuado de los inhaladores.

- Medir la calidad de vida de los pacientes con EPOC en los centros de salud estudiados mediante el cuestionario de St. George.

METODOLOGÍA

Diseño: estudio transversal mediante entrevista clínica con la realización de un cuestionario.

EMPLAZAMIENTO

Zonas básicas de Salud de Torre del Mar y Nerja, en Málaga. Realizado en los meses de Octubre 2007 a Marzo 2008.

PARTICIPANTES

Se incluyeron 54 pacientes entre 42 y 86 años incluidos en el proceso de EPOC.

MEDICIONES

Mediante la realización del cuestionario de St. George se evaluó la calidad de vida. Por otra parte, se recogieron los errores cometidos en el uso de los dispositivos de inhalación, así como datos sociodemográficos, el seguimiento por parte del Servicio de Neumología y otros datos relativos a la enfermedad y tratamiento.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de ambos sexos diagnosticados de EPOC en los dos años previos al estudio mediante espirometría forzada ($FEV1/FVC < 70\%$).
- Terapia inhalada mediante cualquiera de los dispositivos existentes.
- Situación clínica estable.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes dependientes para las actividades básicas de la vida diaria que le imposibiliten acudir de forma periódica a la consulta de atención primaria.
- Pacientes que, habiendo sido diagnosticados de EPOC, no tengan al menos una Pruebas de Función respiratoria (espirometría) realizada en los últimos 3 años.
- Enfermedad sistémica mal controlada

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0 , que proporcionó el análisis descriptivo mediante la distribución de frecuencias y Chi-cuadrado para test de independencia de variables cualitativas.

RESULTADOS

El 83.3% de los pacientes fueron instruidos por personal sanitario en el uso de inhaladores (la mitad de ellos por el neumólogo) el 42.6% mediante instrucción verbal y el 40.7% mediante demostración. Casi a la mitad de ellos no se les comprobó la técnica inhalatoria.

La mayoría de los errores cometidos en el uso de inhaladores, corresponden a errores críticos que dificultan o imposibilitan la llegada del medicamento al árbol bronquial. Del total de pacientes que usan dispositivos MDI, el 80%

cometía algún error considerado crítico. Con respecto al uso de los dispositivos de polvo seco el 60% del total cometían algún error crítico en su uso.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre mala técnica y las variables sociodemográficas registradas, tampoco entre mala técnica y los diferentes dispositivos de inhalación.

La calidad de vida media medida según el cuestionario de St. George fue de 42.79 (IC al 95%, 38.07-47.51).

CONCLUSIONES

Los errores considerados críticos para ambos dispositivos se encuentran entre los más frecuentemente registrados. En casi la mitad de nuestra muestra no se comprobó cómo el paciente realizaba la técnica después de indicar el tratamiento con dichos dispositivos. Se debería comprobar regularmente la técnica inhalatoria en lugar de limitarse a instruir verbalmente a los pacientes, especialmente a aquellos que inician dicho tratamiento.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Demanda urgente en comisaría centro de Granada

Reyes Requena M, López Ramón I, Martínez Padilla C, Megías Cana M^ªJ, Romero Calle C, Salguero M^ªM

DCCU Granada

OBJETIVOS

Conocer la demanda asistencial en las comisarías realizadas por uno de los dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias en Granada capital (DCCU Gran Capitán). Analizar la frecuencia de la demanda, la distribución por sexos, la distribución por consumo de tóxicos y analizar los motivos de la llamada, así como la derivación o no a hospital.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo realizado por DCCU Granada. Se revisaron manualmente un total de 1473 historias clínicas de asistencias a domicilio correspondientes al año 2007.

El número de historias que correspondían asistencias o demandas en comisaría era un total de 164 (11'13 %). La distribución por sexos fue de 10'4% mujeres (17 casos) y 89'6% en hombres (147 casos).

Se analizó el consumo habitual de tóxicos, la distribución fue la siguiente: 92 correspondían a

pacientes toxicómanos (56'1 %) y 72 no lo eran o no reconocían serlo (43'9 %).

Del total de las 164 demandas, los motivos de asistencia o diagnósticos dados por el equipo que le asistió fueron los siguientes: Ansiedad 71 casos (43'9 %), no patología 37 casos (22'6 %), administración de medicamentos 27 casos (16'5%), trauma 13 casos (7'9%), cefalea 7 casos (4'2 %), insomnio 4 casos (1'2 %), HTA 1 caso (0'6 %). La derivación a hospital se produjo en 4 de las asistencias (2'4 %).

CONCLUSIONES

La atención a pacientes en comisarías es cada día más frecuente y ha pasado a ser un asunto de mayor importancia para los DCCU, ya que ocupa un tiempo importante de los profesionales sanitarios en patologías banales en la mayor parte de las ocasiones. Así mismo algunos de los pacientes abandonan por la detención el programa de deshabituación de metadona o su tratamiento habitual causando los síntomas de la demanda de asistencia en la mayor parte de las ocasiones.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Epidemiología de la patología tiroidea en nuestra área sanitaria

Montero Carrera J¹, Pantoja Pertegal F¹, Morales García F²

¹ Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. C. S. San Pablo. Distrito de A. P. Sevilla (Sevilla)

² Facultativo Especialista de Área de Endocrinología. Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología. HH.UU. Virgen del Rocío, Sevilla

OBJETIVOS

Conocer la epidemiología de la patología tiroidea en nuestra área y comparar los resultados con la bibliografía.

DISEÑO

Estudio descriptivo de corte transversal.

EMPLAZAMIENTO

Centro Periférico de Especialidades (C.P.E.) de una capital de comunidad autónoma.

SUJETOS

2.913 sujetos derivados desde sus centros de atención primaria a las consultas de endocrinología de un C.P.E.

RESULTADOS PRINCIPALES

Los pacientes son en su mayoría mujeres (91,5%;2666). La edad media es de 51,42 años (mediana:51;moda:42;p50:51). Procedían de nuestro área el 98,8% (2878), aunque se han atendido de otras provincias andaluzas (0,934%;26). Los

diagnósticos tiroideos por orden de frecuencia son el Hipotiroidismo por tiroiditis crónica autoinmune (38%;1104) con una edad media de 50,67 años; el Graves-Basedow (15,6%;454) con una edad media de 49,63 años; el Bocio multinodular normofuncionante (13,2%;384) con una edad media de 55,59 años y el Bocio nodular normofuncionante (10,4%;302) con una edad media de 53,42 años. En cuanto a las neoplasias, se han diagnosticado 23 casos. Por frecuencia: adenoma folicular (0,5%;15) con una edad media de 69,63 años, el carcinoma tiroideo (0,2%;5) con una edad media de 61,20 años y el adenoma de células de Hürthle (0,1%;3) con una edad media de 62,33 años. Destacar la enfermedad tiroidea autoinmune sin disfunción (1,8%;53) con una edad media de 44,06 años y la disfunción tiroidea por fármacos (1,8%;51) con edad media de 65,18 años.

CONCLUSIONES

Nuestros pacientes con patología tiroidea suelen ser mujeres, tiene una edad media de 51 años y su diagnóstico más frecuente es el hipotiroidismo primario por tiroiditis crónica autoinmune. Nuestra edad media es más elevada que la existente en la literatura.

PALABRAS CLAVE

Enfermedades tiroideas, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Fármacos implicados en las interacciones farmacológicas de los pacientes anticoagulados seguidos en Atención Primaria

Atienza Martín FJ¹, López Aguilar FJ², Morón Contreras A¹, Sánchez Gualberto A², Freire Pérez P¹, Atienza Amores MR³

¹ U. G. C. Adoratrices (D. S. Huelva-Costa)

² U. G. C. Isla Chica (D. S. Huelva-Costa)

³ Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)

OBJETIVO

Analizar los fármacos relacionados con las interacciones farmacológicas de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral (TAO), seguidos en atención primaria.

DISEÑO

Estudio observacional retrospectivo. Revisión de historias, analizando fármacos utilizados en el último año y sus interacciones con el TAO utilizando el programa BOTplus, clasificando las interacciones como:

- Importante (I)
- Potencialmente importante (PtI)
- Poco importante (pI)
- Teórica (T)

EMPLAZAMIENTO

Centros de salud urbanos

SUJETOS

Pacientes en TAO seguidos en atención primaria.

RESULTADOS

Se estudian 333 pacientes (50.6 % mujeres), edad media: 74.4 años. Promedio de fármacos utilizado: 7.8. Promedio de interacciones: 1.9. El 88.3 % de los pacientes presentó alguna interacción. Los fármacos con I fueron: omeprazol (55.6 % de los pacientes), simvastatina (20.7 %), ibuprofeno (15.6 %), amoxicilina (14.7 %), amiodarona (8.1 %), Levotiroxina (5.4 %), AAS (4.5 %), tramadol (3.3 %) y ciprofloxacino (3.3 %). Las PtI tuvieron poca relevancia. Los fármacos más implicados en las pI fueron: paracetamol (30.6 % de los casos) y alopurinol (7.8 %). En las T destacaron las quinolonas, que afectaron al 3.6 % de los pacientes y el gemfibrozilo al 1.8 %.

CONCLUSIONES

Aunque en las dos terceras de las interacciones estudiadas, la recomendación se limita al control clínico del paciente, los fármacos implicados en ellas son de uso común y fácilmente intercambiables por otros más seguros.

Parece necesario incrementar la información relativa a estas interacciones e implementar estrategias que potencien un uso de fármacos que incremente la seguridad de los pacientes en TAO seguidos en atención primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia de enfermedad arterial periférica y su asociación con factores de riesgo clínico-metabólicos en una consulta de A. P.

Medina Díaz J¹, Uclés García J², Morales Rufo A³, Torres Sánchez A⁴, Mezquita Raya P⁵, Vallejo Lorenzo A⁶

¹ MIR 3º. Centro de Salud Ciudad Jardín, Almería

² MIR 1º. Centro de Salud Ciudad Jardín, Almería

³ Médico de Atención Primaria. Centro de Salud Ciudad Jardín, Almería

⁴ Clínica San Pedro, Almería

⁵ Servicio de Endocrinología. Hospital Torrecárdenas

⁶ Coordinadora de la Unidad Docente de MFyC Almería

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de enfermedad arterial periférica (EAP) en sujetos diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e identificar factores clínico-metabólicos relacionados.

DISEÑO

Estudio transversal. Se evaluó la presencia de EAP (índice tobillo-brazo [ITB]), variables clínicas (edad, índice de masa corporal [IMC], perímetro de cintura [PC], tensión arterial, años de evolución de DM2 [EDM], antecedentes personales) y analíticas (lipidograma, HbA1c, microalbuminuria).

EMPLAZAMIENTO

Centro de Salud Ciudad-Jardín. Almería.

SUJETOS

32 sujetos (edad 69.1±10.6, EDM 7.2±6.3; años) atendidos durante marzo de 2008.

RESULTADOS PRINCIPALES

Se dividió la muestra en tres grupos: A (ITB > 1.3, n=4, 12.5%), B (ITB 0.91-1.3, n=19, 59.4%) y C (ITB 0.41-0.9, n=9, 28.1%). Ningún paciente presentó ITB ≤ 0.4. Los sujetos con ITB normal (Grupo B) presentaron valores significativamente inferiores en comparación con grupo C (EAP leve-moderada) de las siguientes variables: EDM (5.1±3.3 vs. 10.5±7.7; p=0.016), IMC (30.2±5.6 vs. 36.2±4.8; p=0.011), PC (103.2±12.7 vs. 114.6±8.8; p=0.023) y diagnóstico previo de dislipemia (3/16 vs. 5/9; p=0.03).

CONCLUSIONES

En nuestra muestra la prevalencia de EAP es elevada (28.1%), posiblemente por la avanzada edad de los sujetos estudiados. El diagnóstico previo de dislipemia, obesidad y PC elevado se asocian significativamente con la presencia de EAP. Estos factores pueden ayudarnos a seleccionar a los sujetos DM2 en los que realizar el cribado de EAP mediante el ITB.

PALABRAS CLAVE

Índice tobillo-brazo; enfermedad arterial periférica; diabetes.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio descriptivo sobre las características de la intercepción postcoital en adolescentes

Escudero Garzas R, Ramos Ruiz JA, Osuna Díaz M, Ramírez Segura EM^a, Pérez Milena A

Centro de Salud El Valle (Jaén)

OBJETIVOS

Conocer las características diferenciales de la intercepción postcoital (IPC) con levonorgestrel en adolescentes frente a mujeres mayores de edad.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal.

EMPLAZAMIENTO

Tres centros de salud (dos urbanos y uno rural).

SUJETOS

Todas las mujeres que acuden a consulta solicitando IPC durante los años 2001 al 2004, y 2006. Consideramos adolescentes a las mujeres de menos de 19 años. Se recogen la información de la hoja de registro de IPC de los centros de salud.

RESULTADOS PRINCIPALES

Solicitan IPC 289 mujeres durante los cinco años estudiados. Un 11%±EEP1, 8 son adolescentes

con edad media de 17,2 años±EEM1, 0 con un rango de 4 años (edad media en mujeres adultas 29,1 años±8,7). No hay diferencias según el entorno urbano/rural. Las adolescentes tardan de media igual que las mayores en solicitar la IPC (17,4 horas±13,6) y han tomado levonorgestrel previamente menos veces (22%±7,3 y 29%±2,8, $p<0,007 \times^2$). Las adolescentes sólo han usado preservativos como medio anticonceptivo previamente, en menor proporción que las adultas (adolescentes 75%±7,6 y adultas 89%±1,9, $p<0,05 \times^2$). Los motivos son similares en ambos grupos: rotura de preservativo 72%±2,7, no uso 13%±2,0, preservativo retenido 11%±1,8 y NS/NC 4%±1,2.

CONCLUSIONES

El comportamiento de las adolescentes frente a la IPC con levonorgestrel es similar al de las mujeres adultas. Hasta una quinta parte de las menores lo han usado anteriormente; sin embargo usan menos que las adultas los métodos de planificación familiar, empleando sólo preservativos.

PALABRAS CLAVE

Adolescente, intercepción postcoital, levonorgestrel.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia y complicaciones crónicas de los pacientes diabéticos con síndrome metabólico

Redondo Olmedilla M, Cárdenas Antón M, Laya Ponce M, Peña Martínez P, Pérez Milena A

Centro de Salud El Valle (Jaén)

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia del síndrome metabólico (SM) en pacientes diabéticos en Atención Primaria y las complicaciones crónicas desarrolladas.

DISEÑO

Estudio caso-control (cohorte histórica), muestreo aleatorio sistemático.

EMPLAZAMIENTO

Zona básica de salud urbana, nivel socio-económico-cultural medio/bajo.

SUJETOS

Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales, edad > 40 años, existencia de al menos una revisión anual de diabetes en el último año. Criterio de exclusión: tratamiento con insulina.

RESULTADOS PRINCIPALES

De los 245 diabéticos estudiados, un 49% tienen SM. Las complicaciones crónicas macro/

microvasculares ($27,8\% \pm \text{EEP}5,6$) son independientes de la presencia del SM (OR con intervalo de confianza al 95% [0,49;3,42]), siendo las más frecuentes: retinopatía $11\% (\pm 3,4)$, coronariopatía $7\% (\pm 2,1)$, ictus y arteriopatía periférica $6\% (\pm 2,0)$. Mediante regresión multivariante (prueba de Cox) se comprueba como el riesgo cardiovascular, la hipertensión arterial y la obesidad incrementan la probabilidad de padecer SM. La HbA1c es discretamente superior en diabéticos con SM ($7,0 \pm \text{EM}1,2$ vs $6,7 \pm 0,9$) pero en límites aceptables. En diabéticos con SM hay un mayor uso de metformina (diferencia $15\% \pm 4,1$; $p=0,008$), ácido acetilsalicílico (diferencia $10\% \pm 3,4$; $p=0,076$) y estatinas (diferencia $13\% \pm 3,8$; $p=0,035$).

CONCLUSIONES

La prevalencia de SM entre diabéticos tipo 2 es elevada. La similitud en el desarrollo de complicaciones entre diabéticos con SM y sin SM puede deberse a un buen control metabólico general y un mayor empleo de AAS, metformina y estatinas en los pacientes con SM.

PALABRAS CLAVE

Diabetes Mellitus, síndrome metabólico, complicaciones, riesgo cardiovascular.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Influencia del peso en el control de los pacientes diabéticos con hipertensión en Atención Primaria

Navarrete Guillén AB, Garmonal Carrillo M^{AI}, Pérez Milena A

Centro de Salud El Valle (Jaén)

OBJETIVOS

Determinar el índice de masa corporal en una muestra de pacientes diabéticos e hipertensos en Atención Primaria y su relación con el control de ambas enfermedades.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal.

EMPLAZAMIENTO

Centro de salud de una zona rural.

SUJETOS

Pacientes con diabetes mellitus e hipertensión que acuden al centro de salud, muestreo sistemático durante dos meses. Se recogen los datos de filiación de los pacientes, peso, talla, IMC, presión arterial, analítica de sangre y tratamiento farmacológico actual.

RESULTADOS PRINCIPALES

Se estudió un total de 61 pacientes, con un 57% de mujeres, peso medio de 79,3 kg ($\pm 6,8$) y talla de 160 cm ($\pm 7,9$). La mitad son obesos (50% $\pm 4,6$),

un 39% ($\pm 2,4$) presentaron sobrepeso y un 11% ($\pm 1,8$) normopeso. La media de tensión arterial es de 131,4 ($\pm 0,9$) / 76,8 ($\pm 1,3$) mm Hg, y es peor en pacientes obesos frente a los normopeso ($p < 0,05$).

Existe un control metabólico óptimo en el 49% ($\pm 4,1$) de los pacientes, independientemente de los valores del IMC y del tratamiento (29% $\pm 3,8$ insulina, 64% $\pm 3,6$ antidiabéticos orales). Los fármacos antihipertensivos más usados son diuréticos (61% $\pm 4,3$), IECAS (44% $\pm 3,2$), ARA-II (28% $\pm 2,6$), calcio-antagonistas (18% $\pm 1,9$) y beta-bloqueantes (15% $\pm 1,8$). Los pacientes que toman ARA-II y calcio-antagonistas presentaron un peor control de la TA ($p < 0,01$).

CONCLUSIONES

El sobrepeso y la obesidad son muy frecuente en pacientes diabéticos hipertensos, influyendo fundamentalmente en un peor control de la tensión arterial, demostrando su validez los fármacos antihipertensivos de primera línea. El control metabólico es, en general, inadecuado. Un objetivo prioritario en este grupo de pacientes debe ser la reducción de peso.

PALABRAS CLAVE

Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Obesidad.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Intervención grupal antitabaco en adolescentes acercándonos al instituto

Pérez Milena A, Navarrete Guillén AB, Pérez Fuentes C, Leal Helmling FJ, Jiménez Pulido I

Centro de Salud El Valle (Jaén)

OBJETIVO

Valorar una intervención antitabaco grupal en adolescentes realizada en el propio centro educativo.

DISEÑO

Serie de casos, prospectivo. Se aplica un programa personalizado con formato grupal y no farmacológico realizado por un médico, basado en el modelo transteórico. Consta de cuatro sesiones de 15 minutos de duración, basadas en la reducción progresiva del consumo hasta lograr la abstinencia continua (se usa una adaptación del protocolo empleado para adultos en la ZBS).

EMPLAZAMIENTO

Consulta de Forma Joven de un Instituto de Educación Secundaria urbano durante el curso escolar 2007/08.

SUJETOS

Alumnos fumadores (12-18 años) que desean dejar de fumar y con diferente nivel socioeconómico-cultural.

RESULTADOS PRINCIPALES

Participan 24 adolescentes, en 5 grupos (edad media 13,5 años[\pm EEM0,8]); en total 15 sesiones. El consumo entre semana (2,8cigarrillos/día \pm 1,2) es inferior al fin de semana (15,4cigarrillos/día \pm 4,5) ($p<0,05$ *t*Student). La motivación es alta (Richmond 7,8 \pm 1,2) y no existe dependencia a la nicotina (Fagerström 2,1 \pm 1,4). La cooximetría indica bajos niveles de CO espirado iniciales (IC al 95% [4,2;7,4]ppm). Disminuye el consumo en 16 adolescentes (76%) (aún en programa), cinco dejan de fumar (14%), y uno abandona el programa (5%). La aplicación del protocolo de adultos es parcialmente válida, no recogiendo la intermitencia del consumo ni el fenómeno del consumo en fin de semana.

CONCLUSIONES

La experiencia es positiva porque mejora la accesibilidad del adolescente al consejo médico antitabaco, refuerza la confidencialidad y estimula el cese del consumo dentro del sistema de iguales. Proponemos tanto la prevención como la intervención antitabaco en los propios centros educativos.

PALABRAS CLAVE

Tabaco, adolescente, educación sanitaria

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Eficacia de una intervención antitabaco no farmacológica extensa en adolescentes frente a otra breve

Pérez Milena A, Navarrete Guillén AB, Leal Helmling FJ, Jiménez Pulido I, Pérez Fuentes C

Centro de Salud El Valle (Jaén)

OBJETIVOS

Determinar la efectividad de una intervención antitabaco no farmacológica extensa en adolescentes frente a otra intervención breve para conseguir la abstinencia; valorar factores psicológicos y sociofamiliares influyentes, y la relación entre la abstinencia expresada verbalmente y la cooximetría.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Tipo de estudio: experimental aleatorizado por bloques.

2. Ámbito del estudio: consultas de Forma Joven de seis Institutos de Educación Secundaria (entorno rural y urbano).

3. Sujetos: adolescentes de 12 a 18 años de edad, fumadores y que deseen dejar de fumar

4. Criterios de inclusión: cualquier consumo semanal durante el último semestre y motivación (test de Richmond con puntuación >7). **Criterios de exclusión:** patología mental o minusvalía psíquica, embarazo, uso concomitante de medicación para dejar de fumar y negativa del adolescentes/padres/tutores a participar en el estudio.

5. Muestreo: aleatorio simple mediante asignación estratificada (según patrón de consumo y entorno rural/urbano), manteniendo la secuencia de asignación oculta hasta la inclusión definitiva. Tamaño de muestra: 240 participantes (potencia 80%, nivel de significación 5%, 10% de diferencia en las intervenciones y 10% de pérdidas/abandonos), divididos al 50% en dos grupos.

6. Mediciones e intervenciones: se realizarán consultas individualizadas (15 minutos) realizadas en cada instituto por médicos de familia. El grupo intervención recibirá cuatro sesiones (semanales) orientadas a una reducción progresiva del consumo, valorando aspectos motivacionales y enseñando técnicas de relajación. En el grupo control existirá una sola sesión, recomendando abstinencia inmediata. Se enviarán recordatorios vía *SMS/email* en ambos grupos tras la intervención y se evaluará la abstinencia a los 6 y 12 meses tras la intervención, mediante entrevista personal y medición

del CO espirado (mediante cooxímetro). Otras variables: sexo, edad, nivel socioeconómico y cultural familiar, antecedentes médicos, consumo de tabaco (edad de inicio, patrón de consumo, cantidad), de alcohol y otras drogas, síntomas de abstinencia. También se incluirán los test de Apgar-familiar, DUKE-UNC y ADCA-1.

7. Análisis estadístico: se valorará el resultado según el grupo de asignación inicial de cada adolescente y se hará un análisis de subgrupos según patrón de consumo y entorno rural/urbano. Para la eficacia de la intervención se calculará: RRA, RRR, NNT. La relación entre entrevista y cooximetría se valorará mediante razones de probabilidad.

8. Limitaciones: variabilidad interinvestigador (formación previa con protocolo común, coordinador experto en tabaquismo), mayor número de pérdidas (seguimiento por orientadores de cada instituto) y dificultades para inferencia poblacional de resultados (valoración de factores de confusión).

APLICABILIDAD

Este estudio ayudará a evaluar la eficiencia de los métodos no farmacológico en la deshabituación tabáquica durante la adolescencia, comparando al mismo tiempo dos tipos de intervenciones (extensa frente a breve) y conociendo los factores que favorecen o dificultan el cese del consumo de tabaco en adolescentes.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Laprobación por el Comité de Investigación y el Consejo Escolar; solicitud de consentimiento informado del menor (Ley 41/2002; RD 223/04), reforzando la confidencialidad de los datos. Tanto el diseño como el desarrollo del trabajo se ajustarán a las normas de buena práctica clínica (RD 223/2004; 2001/20/CE) y a la protección de datos personales (LOPD 15/1999).

PALABRAS CLAVE

Tabaco, adolescente, entrevista motivacional, intervención antitabaco.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Prevención ante riesgos biológicos en personal sanitario

Granados Solier MC¹, Salguero Valero MM², Benítez Zarza B³, Mesones Luque A⁴, Úbeda Ortega P⁵, De Gonzalo de la Morena FJ⁶

¹ Médico. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias, DCCU Zaidín, Granada-Sur

² Enfermero. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias, DCCU Distrito Sanitario Granada

³ Médico. Zona Básica de Salud, Peligros (Granada)

⁴ Enfermero. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias, DCCU Zaidín, Granada-Sur

⁵ Enfermero. DCCU Chana, Granada-Norte

⁶ TTS. 061-EPEs, Algeciras

SUJETOS

Se realizaron 104 encuestas a profesionales del Distrito Sanitario de Granada, pertenecientes a: Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU)-Zaidín (Granada-Sur), Zona Básica de Salud Peligros (Granada), DCCU-Chana (Granada-Norte), teniendo en cuenta la edad, categoría y experiencia profesional de los encuestados.

RESUMEN

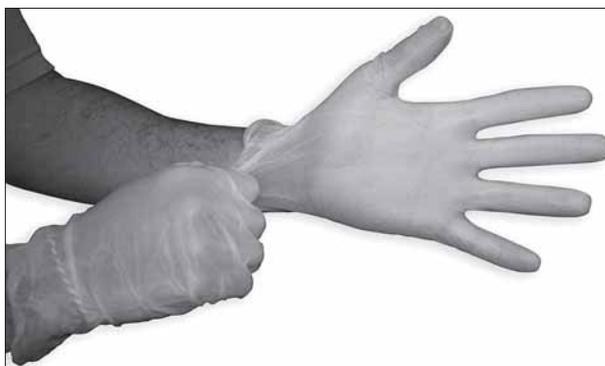
El 46% de los encuestados ha sufrido un accidente por contacto con material biológico. De ellos, el 65 % siguió el protocolo post-exposición de accidente biológico. El 72% sufrió temor, y de ellos, el 92% temía un posible contagio de enfermedad infecciosa.

Para un 87% el riesgo de exposición depende del puesto de trabajo y para un 55% de la existencia de medidas insuficientes de prevención, aun cuando un 63% disponen del EPI (Equipo de Protección Individual).

CONCLUSIONES

Los profesionales muestran un conocimiento medio aceptable de los riesgos biológicos. No suelen utilizar sistemáticamente medidas de prevención, a pesar de disponer de EPI en su puesto de trabajo.

El estudio concluye con la necesidad de mejorar la formación específica. Sería recomendable la adopción sistemática de cuidados personales para evitar riesgos biológicos, tener a mano el protocolo de actuación y sensibilizar a los profesionales sobre las medidas de protección.



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

El diabético en urgencias

Martín Moreno P, Sánchez Zafra A, Sánchez López J

Cuidados Críticos y Urgencias. Centro de Salud Virgen de las Nieves, Granada

OBJETIVO

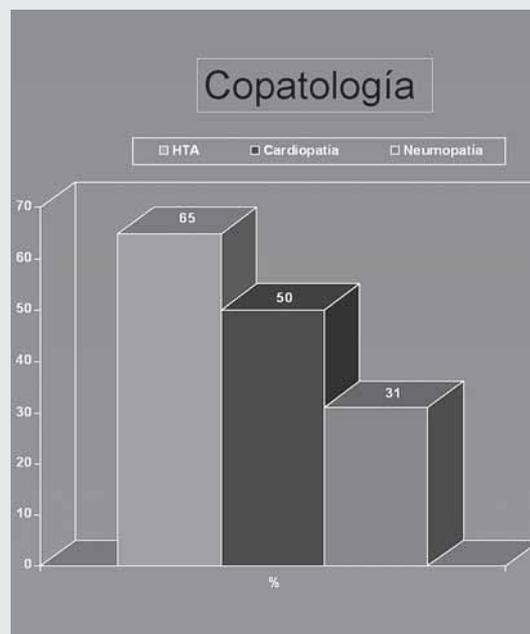
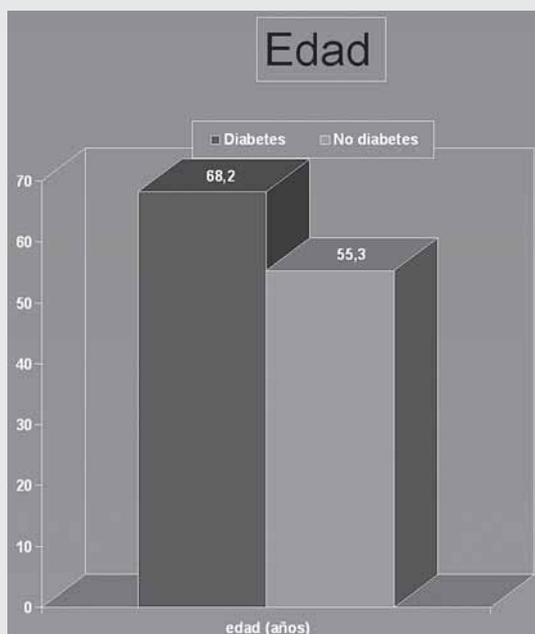
Analizar los pacientes atendidos en nuestro SUH con el antecedente de diabetes mellitus (DM), enfrentándolo con aquellos otros sin este antecedente personal (AP). Describir los diagnósticos al alta relacionados con las complicaciones de la DM.

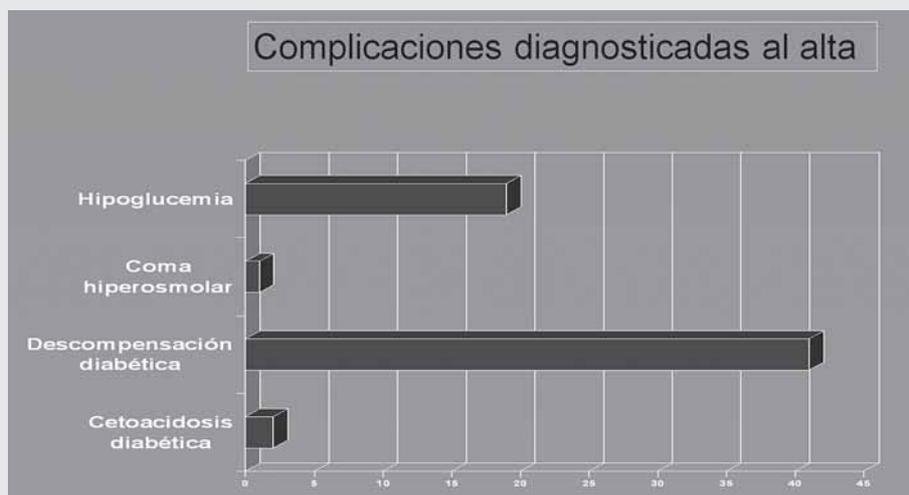
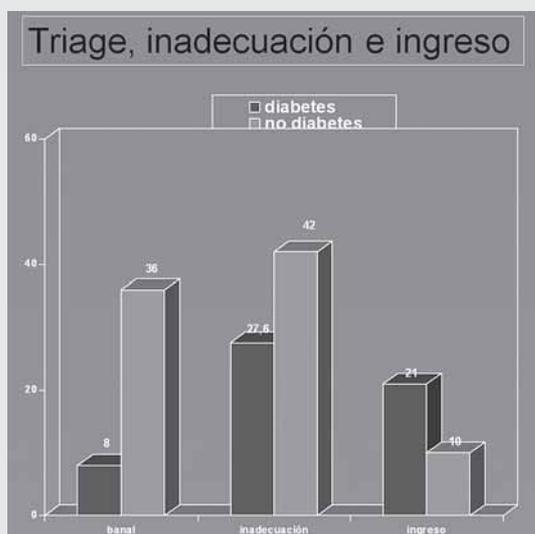
METODOLOGÍA

Estudio prospectivo de una muestra polietápica escogida al azar durante un periodo de 5 años, de aquellos pacientes que referían como antecedente la DM (grupo de estudio), frente a pacientes con otros AP o sin comorbilidades.

RESULTADOS

El tamaño muestral supuso 7.508 atenciones (N= 7.508), representando el AP de DM el 10,15% (N apDM = 762).





CONCLUSIONES

El antecedente de DM se correspondió con alta utilización de recursos sanitarios, necesidad de ingreso y motivos de consulta relacionados, en general, con afectación de los órganos diana. La hipoglucemia se relacionó en el 95% de los casos con el tratamiento de la DM. La hipoglucemia y las descompensaciones son más frecuentes que la CAD y el coma hiperosmolar.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Sensibilidad y especificidad de las reglas de Ottawa en la evaluación de pacientes con traumatismo de tobillo

Cordero Soriano JJ, Romero Reyes R, Castilla Capetillo A, Montero Furelos L

Servicio de Urgencias. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva

OBJETIVO

Evaluar la sensibilidad y especificidad de las Reglas de Ottawa en el diagnóstico de fracturas de tobillo.

DISEÑO

Estudio prospectivo

EMPLAZAMIENTO

Servicio de Urgencias del Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Un total de 135 pacientes adultos, hembra/varón 2/1, edad media 35,6 años (15-80). Fueron excluidos los pacientes menores de 15 años.

INTERVENCIONES

Se estudiaron a los pacientes que acudieron por traumatismo agudo de tobillo. Comparamos los hallazgos del empleo de las reglas con el resultado de los Rayos X. Se realizó estudio radiológico a todos los pacientes de la muestra, previa solicitud de consentimiento informado.

RESULTADOS

Se encontraron 26 fracturas en 113 pacientes, 87 esguinces de tobillo (grado I 59, grado II 26, grado III 2), incidencia de fractura 23%. El traumatismo laboral fue la causa en 9%, accidentes de tráfico 12%, casual 42% y otros en el 37%. Dos pacientes fueron positivas según el empleo de las Reglas de Ottawa, con estudios radiográficos negativos. Las Reglas de Ottawa tuvieron una sensibilidad (tasa de verdaderos positivos) de 100%, especificidad de 97%, valor predictivo positivo de 92% y valor predictivo negativo de 100%.

CONCLUSIÓN

Las reglas de Ottawa alcanzaron una sensibilidad del 100%, su empleo, acompañado de un seguimiento cuidadoso de cada caso, permite reducir el número de radiografías ordenadas o diferir su uso de manera ordinario, no urgente si las reglas son negativas para su realización, sin incurrir en consecuencias graves para el paciente.

PALABRAS CLAVE

Tobillo, traumatismo, ottawa reglas.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estilos de vida y morbilidad psiquiátrica en población adulta que acude al centro de salud

Burgos Garrido E¹, Rueda Lozano D², Jurado Chacón D³

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C. S. La Chana, Granada

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C. S. La Chana, Granada

³ Doctora. Profesora del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada

OBJETIVOS

Analizar los estilos de vida (alimentación, actividad física, consumo de tabaco, alcohol) como determinantes de salud en pacientes adultos que acuden a un centro de Atención Primaria. Conocer la prevalencia de morbilidad psiquiátrica en dichos y la posible asociación con ciertos estilos.

DISEÑO

Descriptivo transversal.

EMPLAZAMIENTO

Un centro de salud urbano de Atención Primaria en Granada.

SUJETOS Y METODOLOGÍA

La muestra está constituida por 48 pacientes, entre 18 y 65 años. Mediante entrevista directa (previo consentimiento informado) se recogieron los datos, administrando un cuestionario estructurado, además de datos antropométricos (peso y talla) y se consultó la historia de salud digital.

Los datos sobre alimentación fueron recogidos mediante el cuestionario sobre dieta mediterránea de 14 ítems de Martínez-González et al. 2004. Para la actividad física nos basamos en el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ). Para evaluar la dependencia nicotínica utilizamos el test de Fagerström (FTND). Una puntuación ≥ 6 implica alta dependencia. El consumo de alcohol lo valoramos con el Test de Identificación de Trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT). AUDIT > 8 indica consumo de riesgo. Con el Cuestionario de Salud de Golberg (GHQ-28) obtuvimos los datos de

morbilidad psiquiátrica (GHQ-28 > 6 implica probable caso psiquiátrico).

ESTADÍSTICA

Análisis descriptivo, tablas de contingencia y Chi-cuadrado.

RESULTADOS

Un 64,6% fueron mujeres y 34,5% hombres. La media de edad fue $37,3 \pm 13,1$. Más del 50% presentó sobrepeso u obesidad. La mayoría no tenía antecedentes personales de interés (HTA, dislipemia, diabetes). El 30% de participantes tenían una dieta muy rica en verduras, fruta y legumbres; el 60,4% son mínimamente activos; el 12,5% de participantes presenta un consumo de riesgo de alcohol; el 31,4% son fumadores diarios, 2 de los 48 participantes (4,2%) presentaron una dependencia nicotínica alta (FTND ≥ 6). La prevalencia de morbilidad psiquiátrica fue del 29,2%, siendo la frecuencia más elevada entre: participantes medicados, pacientes con sobrepeso u obesidad, consumidores de alcohol en niveles de riesgo y entre fumadores.

CONCLUSIÓN

Este estudio refleja la presencia de conductas de riesgo en población adulta y algunos problemas de salud asociados, como la obesidad y la morbilidad psiquiátrica. Conocer estas conductas y la posible relación con características individuales, ayudaría a planificar mejor las actuaciones preventivas.

PALABRAS CLAVE

Estilo de vida, salud mental, adultos.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia y control de los factores de riesgo cardiovascular en diabéticos tipo 2 en tres centros de salud urbanos

Sebastián Ochoa N¹, Cabrera Martínez MC², Solano Díaz P³, Hernando Jiménez V², Vega García-Posada R²

¹ Centro de Salud Teatinos-Colonia Santa Inés, Málaga

² Centro de Salud San Andrés-Torcal, Málaga

³ Centro de Salud Puerta Blanca, Málaga

OBJETIVO

Determinar la prevalencia y el grado de control de los distintos factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) comparándolos con los objetivos de control óptimo que indican las principales guías clínicas.

DISEÑO

Estudio descriptivo, transversal, muestra seleccionada al azar.

EMPLAZAMIENTO

Tres centros de salud urbanos de la provincia de Málaga,

SUJETOS

Estudiamos a 127 pacientes (55 mujeres, 72 varones) adultos con DM 2 registrados en el proceso asistencial de diabetes mellitus del programa Diraya.

RESULTADOS PRINCIPALES

Nuestra serie muestra a 127 pacientes con edad de $63,65 \pm 11,4$ años. Según los datos analizados, el 68,5% eran hipertensos, de los que un 44,2%

cumplían las recomendaciones de las cifras de tensión arterial sistólica (<130 mm Hg) y un 46,5% las de la tensión arterial diastólica (<80 mm Hg). A pesar de no encontrar registrado el hábito tabáquico en el 36,3%, un 17,3 % eran fumadores. El 89,1% presentó un índice de masa corporal (IMC) >25 Kg/m². El 15% de los sujetos tenían cifras de colesterol LDL controladas (LDL <100 mg/dl), el 40% de las mujeres y el 45% de los hombres presentaban cifras de colesterol HDL controladas (mujeres HDL >50 mg/dl y hombres HDL >45 mg/dl). Las cifras de triglicéridos llegaban al objetivo (TG <150 mg/dl) en el 62,8% de los pacientes. Y recibían tratamiento antiagregante con ácido acetil salicílico el 64,3%.

CONCLUSIONES

La elevada prevalencia de la DM 2, y los cada vez más estrictos objetivos de control propuestos por las diferentes guías clínicas nos plantean un reto. En este estudio observamos un deficiente control de la mayoría de los FRCV, por lo que podemos deducir que todavía nos queda mucho camino por recorrer para lograr un buen control y evitar la aparición, tan frecuente, de las complicaciones vasculares.

PALABRAS CLAVE

Diabetes mellitus tipo 2, factores de riesgo cardiovascular, control metabólico.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Perfil de residentes en un centro geriátrico

Navea Tejerina C¹, Vélez Goñi A², Fierro Alario MJ³, Cifuentes Mimoso N⁴, Rodríguez Trujillo J¹, Navarro Aparicio O⁴

¹ Centro de Salud Olivillo, Cádiz

² Centro de Salud La Laguna, Cádiz

³ Centro de Salud El Lugar, Chiclana (Cádiz)

⁴ Centro de Salud Pinillo Chico, Puerto de Santa María (Cádiz)

OBJETIVO

Describir el perfil de los ancianos residentes en un geriátrico, usando los datos recogidos de la valoración geriátrica integral individual al ingreso.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal.

EMPLAZAMIENTO

Atención primaria.

SUJETOS

Total de pacientes ingresados en un geriátrico dependiente de una zona básica de salud.

RESULTADOS

Se evalúan 95 residentes, 63.2% mujeres y 36.8% varones, con edad media de 80.83. El 44.1% originarios de la misma localidad, y el 30.1% procedentes de la capital. El número de diagnósticos médicos presentes es 3.37 (9 máximo y 0 mínimo), siendo los más frecuentes los pertenecientes al área neurológica (64.2%: demencia senil, Alzheimer y secuelas de Acva) y cardiológica (57.9%: hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y arteriopatía periférica), seguida del

área endocrinológica (43.2%: diabetes, hipotiroidismo, trastornos lipídicos) y repartidas el resto en locomotor, esfera psíquica, hipoacusias y problemas urológicos. La puntuación media obtenida en el barthel es de 40.23 y en el pfeiffer de 5.71. El 36.8% presentan trastornos del comportamiento, el 56.8% insomnio, 12.6% están encamados, mientras que el 41.8% precisa ayuda para el desplazamiento; el 26.3% presentan úlceras, un 77.9% son incontinentes. Los tratamientos utilizados mas frecuentes: un 77.9% usan absorbentes, un 50.5% benzodiacepinas, el 47.4% protectores gástricos, el 46.3% antiagregantes plaquetarios, el 29.5 antihipertensivos, un 28.4% neurolépticos, el 26.1% usan laxantes y el 13.7% anticolinérgicos.

CONCLUSIONES

Corresponde en su mayoría a mujeres con edad superior a 80 años, dependientes para las ABVD y con déficit cognitivo. Destaca el poco uso de fármacos anticolinérgicos y el alto uso de absorbentes.

PALABRAS CLAVE

Perfil del anciano.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Screening de enfermedades infecto-contagiosas en la población inmigrante en Atención Primaria

Sanabria Medina M^aJ¹, Tijeras Ramírez E², Moreno Martos H³

¹ MIR 4º. de MFyC. Centro de Salud de Roquetas-Norte. Distrito Poniente, Almería

² Médico de Familia. Centro de Salud de Roquetas-Norte, Almería

³ Médico de Familia. Unidad Docente de Distrito Almería

OBJETIVOS

- Perfil del paciente inmigrante que acude por primera vez a una consulta de AP.
- Evaluar la rentabilidad diagnóstica del screening de enfermedades infecto-contagiosas en población inmigrante.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal
- Ámbito de estudio: Atención Primaria.
- Población: Pacientes inmigrantes que acuden por primera vez a una consulta de Atención Primaria.
- Criterios de inclusión: pacientes que llevan menos de tres años en España.
- Criterios de exclusión: pacientes que hayan sido estudiados previamente y aporten informes.
- Entrarán a formar parte del estudio los pacientes que acudan a la consulta durante el periodo de estudio (Enero 2008-Enero 2009)
- Variables de estudio: edad; sexo; país de origen; tiempo en España; motivo de consulta; **Perfil 60**:hemograma; bioquímica; serología: Hepatitis B, Hepatitis C, Treponema Pallidum, VIH; Parásitos en heces, Orina.
- (Perfil 60 en AP es una analítica implantada en nuestro ámbito de trabajo que se realiza a todos los inmigrantes).
- Análisis estadístico En el análisis descriptivo de la muestra, las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias, las variables cuantitativas se resumen con su media, desviación estándar (DE) e intervalos de confian-

za. En una segunda fase se analizara si existen asociación o no usando el test de student para variables cuantitativas y chi cuadrado para variables cualitativas.

- Limitaciones: al realizar el estudio en población consultante puede aumentar la positividad del screening, lo ideal seria poder ofrecerlo a toda la población, consultante y no consultante. La barrera idiomática por si no entienden bien las pocas variables que tienen que responder (tiempo en España, motivo de consulta) las perdidas en cuanto a recogida de las muestras (orina y heces).

APLICABILIDAD

- Según los resultados que obtengamos podremos seguir pidiendo esta batería de pruebas a la población inmigrante que consulte, de alguna manera podremos tener un seguimiento de esta población que carece de un control sanitario básico en su país de origen.
- También el detectar y poder tratar las enfermedades en muchos casos silentes o que no entran a formar parte en su concepto de enfermedad; por ejemplo "orinar sangre en población Subsahariana no se considera enfermedad" dada la gran incidencia de Esquistosomiasis en la población.

ASPECTOS ÉTICOS-LEGALES

El estudio esta integrado dentro de la labor asistencial de la consulta, se le informara al paciente que se usaran los resultados de las pruebas para realizar un estudio, se pedirá consentimiento verbal. Se informara a la comisión de investigación del distrito de la puesta en marcha del proyecto.

COMUNICACIÓN TIPO PÒSTER

Fitoestrógenos: última moda

Hernández Carmona A¹, López Torres G², Lobo Martín JJ³, Osorio Martos C²

¹ Z. B. S. Villacarrillo (Jaén)

² Distrito Sanitario Granada

³ Z. B. S. Cambil (Jaén)

OBJETIVOS

El creciente interés social sobre los fitoestrógenos y la controversia clínica que suscitan nos llevaron a investigar su consumo, así como los motivos por los que éste se inicia. También quisimos explorar las opiniones de pacientes sobre el beneficio conocido y/o percibido con ellos.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal mediante encuesta anónima.

EMPLAZAMIENTO

Centro de salud urbano.

SUJETOS

Pacientes atendidos en consulta en franja de demanda clínica obteniéndose un tamaño muestral de 126 encuestados.

RESULTADOS PRINCIPALES

Un 95,2% de los encuestados, cree poder mejorar su salud a través de la alimentación. Un 56,3% conoce la riqueza de la soja en estrógenos,

y un 58,7% desconoce su contenido proteico (quizás porque en nuestra cultura entendemos como fuente de proteínas mayoritaria las de origen animal). Hasta un 70,6% la recomendaría en peripostmenopausia. El consumo de soja es mayor en mujeres que en varones ($p=0.04$).

Los que más fitoestrógenos consumen son trabajadores con estudios universitarios y empresarios/funcionarios, siguiendo modas publicitarias.

Los que más atienden a consejo médico son amas de casa y pensionistas.

Los consumos más bajos tanto de soja como de alimentos enriquecidos en ella se dan en amas de casa y en trabajadores manuales, puesto que son los que más habitualmente comen en su domicilio, siguiendo un modelo tradicional de alimentación.

CONCLUSIÓN

En nuestro estudio se pone de manifiesto que el conocimiento del tema por parte de la población estudiada es parcial, influenciado mayoritariamente por la publicidad, no ocupando un lugar importante en el consumo de nuestros hogares.

PALABRAS CLAVE

Fitoestrógenos, soja, dieta.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

En busca de la mejor evidencia en la limpieza de heridas

Hernández Carmona A¹, Arboledas Bellón J², Melero López A²

¹ Médico de Familia. Z. B. S. Villacarrillo (Jaén)

² Enfermero Z. B. S. Villacarrillo (Jaén)

OBJETIVOS

Evaluar resultados sobre los estudios publicados acerca de la limpieza de las heridas.

DISEÑO

Revisión bibliográfica y lectura crítica de los artículos publicados en la base de datos: Cuiden, Cochrane. Categorización por niveles de evidencia. Se excluyen estudios en los que se utilizan productos basados en la cura húmeda, ya que puede influir en la evolución favorable de la lesión.

RESULTADOS

Se han encontrado 21 artículos en Cuiden (utilizando como palabras claves limpieza y heridas), de los cuales resultan: una revisión crítica de un estudio y dos revisiones sistemáticas en la Cochrane con nivel de evidencia alto. En la guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión del Servicio andaluz de salud, publicada el año pasado, se aborda también este tema.

CONCLUSIONES

1- Tenemos la adecuada evidencia para recomendar la limpieza de las heridas agudas con agua

del grifo, agua hervida, agua destilada o suero salino.

2- No existen datos que permitan recomendar como más eficaz ninguna de ellas (agua del grifo, destilada o hervida o suero salino) sobre las otras, excepto por criterios económicos, siendo posible concluir que la utilización de agua potable es eficaz en la limpieza de heridas agudas y más barata que otras soluciones limpiadoras.

3- La ducha de heridas postoperatorias no aumenta la infección ni ralentiza el proceso de curación, y proporciona una sensación de bienestar y salud asociada a la limpieza.

PALABRAS CLAVE

Herida crónica, limpieza, herida aguda.

COMUNICACIÓN TIPO PÒSTER

Retinopatía diabética: factores relacionados y concordancia entre médico de familia y oftalmólogo

Caro Tejero F¹, Giménez Ruiz MA², Vélez Martín M¹, Pedregal González M³, Arroquia Gómez JM¹, Villalba Álvarez JL¹

¹ Centro de Salud Moguer, Huelva

² Centro de Salud Cartaya, Huelva

³ Unidad Docente de MFyC, Huelva

OBJETIVOS

- Determinar la frecuencia de retinopatía diabética (RD).
- Determinar los campos retinianos más afectados.
- Comprobar la relación entre RD con nefropatía, índice de masa corporal, hemoglobina glicada, años de evolución y tratamiento.
- Valorar la concordancia diagnóstica entre Médico de Familia y Oftalmólogo.

DISEÑO

Estudio observacional descriptivo.

RESULTADOS PRINCIPALES

- La edad de los pacientes fue de 63,44 (DT 11,26), n=131.
- Presentó RD el 22,2% y la mayoría con diabetes tipo 2.
- En el 22 %, las retinografías fueron no valorables. La edad fue de 71,24 (DT 8,54), frente a la edad del grupo de valorables, 60,96 (DT 11,94) ($p < 0,001$).
- Los campos temporales son los más afectados.

- Se encuentra una relación estadísticamente significativa entre años de evolución ($p < 0,001$), tratamiento con insulina ($p = 0,009$) y presencia de RD. La relación con la hemoglobina glicada no fue estadísticamente significativa ($p = 0,072$), aunque sí clínicamente relevante (6,72 % vs 7,52 %).

- El coeficiente kappa fue de 0,248. Sensibilidad: 100%. Especificidad: 16,7%. Valor Predictivo Positivo: 84,8%. Valor Predictivo Negativo: 100%.

CONCLUSIONES

- Se detecta RD en, aproximadamente, 1 de cada 5 pacientes.
- Los campos temporales son los más afectados.
- Años de evolución, empleo de insulina y hemoglobina glicada se asocian a mayor presencia de retinopatía.
- El grupo de no valorables tienen mayor edad, lo que, probablemente, dificulta la colaboración.
- La concordancia es mala, pero la sensibilidad y el valor predictivo negativo son muy elevados (no hay falsos negativos).

PALABRAS CLAVE

Screening, retinopathy, diabetes mellitus.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación de guías de práctica clínica para el manejo de la osteoporosis, mediante el instrumento Agree

Tormo Molina J¹, López Ruiz JM², Castelló Losada MJ³, Jiménez Liñán R⁴, Pedrosa Arias M⁵, Jurado Dulce MA⁶

¹ Centro de Salud Gran Capitán, Granada

² Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Virgen de las Nieves, Granada

³ Centro de Salud Alfacár, Granada

⁴ Centro de Salud Cenes de la Vega, Granada

⁵ Centro de Salud Cartuja, Granada

⁶ Centro de Salud Salvador Caballero, Granada

OBJETIVO

Evaluar guías de práctica clínica (GPC) para el manejo de la osteoporosis, como 1ª fase de un ciclo de mejora continua de calidad. Se intentaba contestar a las preguntas: ¿a quién realizar densitometría y tratar farmacológicamente? ¿qué fármacos utilizar?

EMPLAZAMIENTO

Distritos Sanitarios de Atención Primaria

DISEÑO

Evaluación de GPC mediante la aplicación del instrumento Agree.

(www.agreecollaboration.org)

MÉTODO

Se realizó una búsqueda en internet de GPC disponibles utilizando los descriptores "guidelines" y "osteoporosis". Los sitios web revisados fueron: Pubmed, NICE, Fisterra, New Zealand, Scottish y Clearinghouse guidelines, Prodigy y ICSI. Encontramos doce guías que aplicaban niveles de evidencia a sus conclusiones, de las que seis de ellas habían sido redactadas en los últi-

mos tres años. Estas últimas fueron elegidas para su evaluación por cinco revisores, de modo independiente, mediante el documento Agree.

RESULTADOS

En la tabla adjunta se muestran las guías escogidas y el grado de cumplimiento de criterios. Para ello los resultados se expresan como puntuación global estandarizada para las puntuaciones en cada area (son porcentajes sobre la máxima puntuación posible en cada apartado), según sugieren las instrucciones de uso del Agree.

CONCLUSIONES

La GPC que obtiene mayores porcentaje de cumplimiento en casi todos los criterios es la de la Sociedad Navarra de Medicina de Familia.

<http://www.snamfap.org/OsteoporosisGR2006.pdf>

Junto con la de la Semfyc/Sego fueron utilizadas para responder a las preguntas planteadas. El criterio de la aplicabilidad de las guías fue el peor valorado para todas ellas.

PALABRAS CLAVE

Guía práctica, osteoporosis, calidad asistencial.

	GRADO DE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS (%)					
	Alcance y objetivos	Participación implicados	Rigor en la elaboración	Claridad y presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial
Michigan	42	3	4	28	0	7
Prodigy	64	23	38	67	24	23
ICSI	84	48	41	83	24	80
Canadiense	71	40	41	42	11	50
Navarra	84	62	53	90	53	73
Semfyc/Sego	93	48	44	82	27	70

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Atendemos realmente a los pacientes en 5 minutos?

Romualdo Aybar Zurita R, Zambrano Quevedo F, Martín Martín H, Jiménez Amescua E, Fajardo Cabrerizo ML

Centro de Salud de Guadix (Granada)

OBJETIVOS

Objetivo primario: Medir el tiempo promedio de asistencia en consulta de médico de familia tras la implantación de una agenda de citas de cinco minutos por pacientes atendidos en el Centro de Salud de Guadix con la finalidad de alcanzar la "demora cero".

Objetivo secundario: Responder a la pregunta: ¿Empleamos habitualmente más tiempo en consulta del que se nos asigna a priori?

DISEÑO

Estudio descriptivo.

EMPLAZAMIENTO

Datos recogidos de 4 consultas de atención primaria del Centro de Salud de Guadix, tras la implantación de un nuevo modelo de agenda de 5 minutos por paciente en consulta a demanda.

SUJETOS

Pacientes atendidos en Febrero, Marzo y Abril de 2.008 (2719 pacientes atendidos en 64 días de consulta).

RESULTADOS

El tiempo promedio de consulta excede el tiempo asignado de consulta de 5 minutos por paciente (media 8.4381 minutos y desviación típica 1.2140).

La media de citados por día fue de 42,484 (desv. típica 7,5368). El número de pacientes no presentados fue de 3.1875 / día (desviación típica 1.77169).

CONCLUSIONES

El tiempo dedicado a cada paciente excede en todos los casos a los 5 minutos asignados en la agenda.

El número de pacientes atendidos por día (39,234 pac./día de media con desviación típica de 6,34145) excede el máximo de 30 pacientes/ día aconsejados para la buena docencia en Medicina de Familia.

El 50% de las veces la consulta se prolonga más de 5 horas y media (331,0635 minutos de media) de las 7 horas laborales totales, lo que si descontamos los 30 minutos de descanso nos deja menos de 1 hora para el resto de tareas fuera de consulta (formación, trabajo administrativo, avisos, tiempo de dedicación al residente...), con lo que la consulta con frecuencia se prolonga tras el fin de la jornada laboral.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio de la utilización de los Servicios de Urgencias. ¿Existen diferencias entre urgencias hospitalarias y dispositivos de urgencias extrahospitalarias?

Rupérez Larrea M¹, López Torres G², Sáez Zafra A¹, Ruiz Salguero A³, Girón Prieto MS¹, López Márquez T¹

¹ Centro de Salud Cartuja. Unidad Docente de MFyC Granada. Distrito Granada

² Distrito Granada

³ Centro de Salud Chana. Unidad Docente de MFyC Granada. Distrito Granada

OBJETIVO

Estudiar motivos de consulta(MC) de una muestra de pacientes que acuden a Urgencias de Hospital General(UH)y Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias Extrahospitalaria (UE) valorando si existen diferencias entre pacientes, demanda y valoraciones previas.

DISEÑO

Descriptivo transversal por entrevista personal a una muestra aleatoria de pacientes en UH y UE, en Marzo 2008 investigando MC, valoración de la urgencia, derivación del médico de familia (MF) y si aportan informe. En UH se anota si ingresan y en UE si se derivan a UH.

EMPLAZAMIENTO

UH y UE.

SUJETOS

161 pacientes que consultan en urgencias.

RESULTADOS PRINCIPALES

Se estudian 91 pacientes en UH y 70 en UE, sin diferencias significativas (DS) en género; en UH hay más pacientes >50 años y en UE <20 años (p=0.007). La mayoría (87% UH, 83% UE) consultan por problemas agudos (PA), sin DS. Al priorizar MC encontramos diferencias en urgencias demorables (UD) (54% de UH) y las no urgencias (NU) (75% de UE)(p=0.000). El 70% de UH y 74% de EH no consultan previamente a su MF,y lo mismo ocurre con la aportación de informes,sin DS. El 16% de los pacientes UH son ingresados y 14% de UE derivados a UH.

CONCLUSIONES

La mayoría de MC son PA y se catalogan como NU (UE) ó como UD (UH). Se ven pacientes muy similares en UH y UE sobrecargando al sistema. Las UE resuelven la mayoría de problemas sin derivar a UH. Los pacientes acuden a urgencias sin derivación.

PALABRAS CLAVE

Urgencias hospitalarias, urgencias extrahospitalarias.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Relación entre las visitas a urgencias y el registro de las historias de Atención Primaria

López Torres G¹, Rupérez Larrea M², López Márquez T², Girón Prieto MS², Sáez Zafra A², Ruiz Salguero A³

¹ Distrito Granada

² Centro de Salud Cartuja. Unidad Docente de MFyC Granada. Distrito Granada

³ Centro de Salud Chana. Unidad Docente de MFyC Granada. Distrito Granada

OBJETIVO

Estudiar la correlación entre las visitas a urgencias, hospitalarias (UH) y extrahospitalarias (UE) y la información que tiene el Médico de Familia (MF) en la Historia Clínica de Atención Primaria (HC) y el seguimiento posterior del episodio.

DISEÑO

Descriptivo transversal de una muestra aleatoria de pacientes que acuden a UH y UE, en Marzo del 2008, y revisión posterior de la HC investigando Motivo Consulta (MC), edad y género; si han acudido al centro de salud (CS) por ese motivo, registro en HC del MC y nº de visitas realizadas en CS.

EMPLAZAMIENTO

UH y UE.

SUJETOS

161 pacientes que consultaron en urgencias.

RESULTADOS PRINCIPALES

Se estudian 91 pacientes en UH y 70 en UE, sin diferencias significativas (DS) en género; en UH hay más pacientes > 50 años y en UE < 20 años ($p=0.007$). La mayoría (87% UH, 83% UE) consultan por problemas agudos (PA), sin DS. El 14% de UH y el 17% UE han acudido previamente a MF, el 25% (UE) y el 20% (UH) consultan posteriormente; el 65% (UH) y el 51% (UE) no acude en ningún momento al CS. En el 70% de ambos grupos no había referencia en la HC al MC. El 35% de los pacientes de UH son hierfrecuentadores (≥ 7 visitas anuales) con DS respecto a UE ($p=0.001$).

CONCLUSIONES

En ambos grupos es pequeño el porcentaje que acuden antes ó después al MF, con lo que el registro de los problemas en la HC es bajo. Existe mayor frecuentación de consultas en los pacientes que acuden a UH que puede estar relacionado con la edad (más alta en este grupo).

PALABRAS CLAVE

Urgencias hospitalarias, urgencias extrahospitalarias, atención primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación de la dieta de pacientes diabéticos tipo 2 mayores de 65 años. Comparación según el grado de control glucémico

López Torres G¹, Osorio Martos C¹, Hernández Carmona A², García Iglesias Y¹, Novo Martín JJ³, Salueña Baquedano B¹

¹ Distrito Granada

² Zona Básica Villacarrillo, Distrito Jaén

³ Zona Básica Cambil, Distrito Jaén

OBJETIVO

Comparar la dieta de pacientes diabéticos tipo 2 mayores de 65 años con buen y con mal control glucémico, con las recomendaciones nutricionales de la Asociación Americana de Diabéticos (ADA).

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal. Se utiliza un cuestionario de la dieta de las últimas 24 horas. Se comparan pacientes con buen control glucémico (BCG) y con mal control glucémico (MCG), teniendo en cuenta la última determinación de hemoglobina glicosilada (HbA1c) recogida en su historia clínica.

EMPLAZAMIENTO

Consultas a demanda y programadas en Atención Primaria.

SUJETOS

40 diabéticos tipo 2 mayores de 65 años.

RESULTADOS PRINCIPALES

Se estudian 20 pacientes con BCG y 20 con MCG, con edades medias de 72.2 ± 4.4 y 72.9 ± 5.2 años respectivamente, sin diferencias significativas (DS) en género. En ambos grupos el aporte calórico medio de lípidos es superior al recomendado por la ADA [BCG: 33.8 ± 8.1 y MCG: 39.1 ± 8.9 (% Kcal. totales)] sin DS. Tampoco existen DS para el aporte calórico medio de carbohidratos, estando en ambos grupos por debajo de lo recomendado [(BCG: 45.7 ± 9.8 y MCG 42.2 ± 10.4 (% Kcal. totales)]. Únicamente se determinó adecuación en ambos grupos para la ingesta proteica [BCG: 17.3 ± 4.4 y MCG: 17.4 ± 4.0 (% Kcal. totales)] sin DS.

CONCLUSIONES

Aunque no se encontraron diferencias entre la ingesta de ancianos diabéticos tipo 2 con BCG y MCG, ésta dista bastante (salvo en el aporte proteico) de las recomendaciones de la ADA.

PALABRAS CLAVE

Diabetes, recomendaciones nutricionales, hemoglobina glicosilada.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Pueden prevenirse las hospitalizaciones por EPOC en población anciana?

Valenzuela López MI¹, Bueno Cavanillas A², Gastón Morata JL³, Valenzuela López MM¹, Padilla Ruiz F¹

¹ Centro de Salud Salvador Caballero, Granada

² Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada

³ Centro de Salud Zaidín-Sur, Granada

OBJETIVOS

Analizar si las tasas de hospitalización por EPOC pueden utilizarse como indicador de calidad de Atención Primaria (APS) y qué variables se asocian al ingreso por esta causa en ancianos.

EMPLAZAMIENTO

Estudio retrospectivo casos-contróles en 3 Centros de Salud (CS). Variables recogidas: de filiación, actividades preventivas, morbilidad y utilización de servicios. Se estimó la fuerza de asociación mediante Odds Ratios (OR) crudas e intervalo de confianza al 95%. Análisis multivariante posterior para controlar factores de confusión.

SUJETOS

Pacientes mayores de 65 años con EPOC.

RESULTADOS

Se analizaron 51 casos y 78 controles. Encontramos un mayor riesgo de ingreso por EPOC

para el registro de fumador (OR= 2,55; 1,24 - 5,26), número de agudizaciones (OR= 1,59; 1,16 - 2,20) y polimedicación (probabilidad de ingreso 2,26 veces mayor). A partir de 15 consultas realizadas al CS o de 2 visitas al domicilio aumenta el riesgo de ingreso en 7,37 o 5,51 veces respectivamente. La derivación a neumología incrementa la frecuencia de ingreso 2,90 veces, mientras que acudir a otros especialistas ejerció efecto protector ($p < 0,05$). No se observan diferencias en relación a vacunación antigripal, realización de espirometrías ni morbilidad padecida.

CONCLUSIONES

No hemos encontrado una asociación significativa entre las intervenciones realizadas en APS y la hospitalización por EPOC que justifique utilizar la tasa de ingresos por esta causa como un indicador de calidad de APS. El cese del hábito tabáquico, el diagnóstico precoz mediante espirometría y el tratamiento de las exacerbaciones agudas pueden mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Perfil de los diabéticos mayores y uso de los servicios sanitarios en Atención Primaria

Valenzuela López MI¹, Bueno Cavanillas A², Gastón Morata JL³; Valenzuela López MM¹, Concha López P¹

¹ Centro de Salud Salvador Caballero, Granada

² Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada

³ Centro de Salud Zaidín-Sur, Granada

OBJETIVOS

Estudiar las características clínicas y asistenciales asociadas a los pacientes ancianos con diabetes.

EMPLAZAMIENTO

Estudio descriptivo en tres Centros de Salud.

SUJETOS

Pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de diabetes e historia clínica digital abierta en el momento del estudio.

RESULTADOS PRINCIPALES

Se estudió una muestra de 206 ancianos diabéticos. Más del 90% tenía registrado en su historia clínica el listado de problemas, hoja de constantes, valores de la analítica y prescripción de largo tratamiento. En relación a medidas preventi-

vas: el 65,53% se puso la vacuna antigripal, al 98,06% se le había tomado la tensión arterial (TA) estando en el 21,84% la última cifra de TA elevada. La historia tabáquica aparecía en el 24,76% y el 93% era seguido por enfermería. En el último año se había solicitado analítica al 85,44%, aunque Hemoglobina Glicosilada sólo al 64,56% (de los cuales únicamente la mitad tenía buen control metabólico). El 35,52% tenía prescrito insulina, el 68,93% eran polimedicados (con un consumo de más de 10 fármacos en un tercio de los diabéticos estudiados). El 72% realizó menos de 10 visitas anuales a APS, no precisando atención domiciliaria un 79,13%. En cuanto a otros factores de riesgo cardiovascular: el 71,84% de los pacientes eran hipertensos y el 39,32% tenía dislipemia.

CONCLUSIONES

Los ancianos diabéticos son pacientes frágiles con una comorbilidad y un consumo de fármacos llamativos. Habría que incidir en un mejor seguimiento de control metabólico, tanto en la realización de HbA1c anual como en el valor de la misma.

COMUNICACIÓN TIPO PÒSTER

Estudio descriptivo sobre cribado de streptococcus agalactiae en gestantes a término

Fernández Milán FJ, Díez Vigil JL, Cabrera Valido HM

Hospital Torrecárdenas, Almería

OBJETIVOS

Prevalencia de gestantes a término que llegan a paritorio sin el resultado del cultivo de Streptococcus agalactiae (SGB). Cumplimiento del Proceso de embarazo, parto y puerperio (PEPP) iniciado desde Atención Primaria. Detectar diferencias según origen de la gestante.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal. (n=50). Variables: cribado de SGB en el parto (desconocido/conocido); realización del cultivo: centro de salud (CS), consulta de bienestar fetal (CBF) y/o urgencias de obstetricia; semanas de gestación en la que se realizó el primer cultivo; embarazada inmigrante o no.

EMPLAZAMIENTO

Atención Hospitalaria.

SUJETOS

Historias clínicas de embarazadas que dieron a luz en el mes de Febrero de 2007. Criterios de inclusión: Embarazo controlado, gestante a término, incluida en PEPP.

RESULTADOS PRINCIPALES

22% SGB desconocido en el momento del parto; 66% cultivo sólo desde CS (97% SGB conocido), 20% cultivo en CBF y/o urgencias (40% SGB conocido), 12% dos cultivos (33% SGB conocido); 78% tiene algún cultivo desde su CS (82% SGB conocido, 48.7% realizados entre 35-37 semanas); estimación riesgo SGB desconocido en inmigrantes 1.25, IC 95%, 0.273-5.725.

CONCLUSIONES

Una cuarta parte de embarazadas llegan a paritorio con SGB desconocido, a la misma proporción de embarazadas no se le ha realizado un cultivo en su CS y a la mitad se le realiza fuera de plazo. Existe una pérdida de información, la quinta parte de los cultivos cursados desde CS no llegaron a su destino y casi la mitad de los cursados desde CBF y/o Urgencias. No existen diferencias en la proporción de EGB desconocido entre inmigrantes y no inmigrantes.

PALABRAS CLAVE

Streptococcus agalactiae, cultivo, embarazadas.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Reconocimiento e intervención de la obesidad infantil en la escuela

Redondo Sánchez J¹, Lechuga Varona MT¹, Martínez Guillén MR¹, Montes Peña M², Perez Girón J¹, Rodríguez Molina ML¹

¹ Médico de Familia. Centro de Salud Lucano. Distrito Sanitario de Córdoba

² Pediatra. Centro de Salud Lucano. Distrito Sanitario de Córdoba

OBJETIVOS

1. Definir parámetros de síndrome metabólico en esta población escolar.
2. Valorar los factores de riesgo cardiovascular asociados a obesidad en estos niños
3. Conocer qué hábitos de comidas y ejercicio tienen estos escolares
4. Establecer objetivos terapéuticos y medidas preventivas.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal.

ÁMBITO

470 niños de 8 colegios urbanos que se les realiza el examen de salud escolar.

VARIABLES

Talla, peso, IMC, tensión arterial, perímetro abdominal, analítica (glucosa, colesterol, hdl, ldl, triglicéridos, insulinemia, PCR, y cálculo de HOMA-IR), encuesta de hábitos alimenticios, ejercicio y ocio.

ESTUDIO ESTADÍSTICO

Los datos han sido procesados en SPSS versión 11.0. Se ha realizado un análisis descriptivo de frecuencias y χ^2 para variables cualitativas.

RESULTADOS

80 niños presentaban obesidad (prevalencia 17%), con una edad media de 11 ± 2.5 años, un perímetro abdominal de 87 ± 11 cm, TAS/ TAD de $115/65 \pm 18/10$ mmHg. El 100% de los niños presentaban un perímetro abdominal por encima de PC75; el

31% TAS por encima del PC90. En el 84% de los niños se recogen antecedentes familiares de RCV, estando la diabetes presente en el 80% de los casos. En el 28% de los niños se encuentran niveles altos de insulinemia, con cálculo de HOMA-IR 2.13 ± 1.5 . En relación a los hábitos dietéticos nos encontramos que el 34% de los niños no desayuna en casa. Analizando por grupos de alimentos se observó que diariamente toman: 25% fruta y verduras, 31% carne, 7% pasta, 35% un solo vaso de leche. El 61% de los niños realizaban como ejercicio físico sólo las actividades del colegio. En el 100% de los casos se les dio unas recomendaciones dietéticas y ejercicio.

CONCLUSIONES

1. En estos niños están presentes varios criterios clínicos del síndrome metabólico como son perímetro abdominal, TAS, analíticos como insulinemia alta y HOMA, parámetros claramente relacionados con mayor riesgo de HTA y diabetes en el adulto y que aparecen incluso años antes de que se produzcan alteraciones como la de la secreción de insulina.
2. Se observa el elevado porcentaje de niños obesos procedentes de familias con riesgo cardiovascular, por lo que quizás al abordar a padres también se podría intentar abordar de forma preventiva a los hijos, en etapas tempranas de la vida.
3. Llama la atención el bajo consumo de alimentos saludables y la escasa actividad física que realizan
4. Es necesario una intervención nutricional con corrección de hábitos dietéticos así como recomendaciones de un incremento de la actividad física de acuerdo con su edad.

PALABRAS CLAVE

Obesidad infantil, síndrome metabólico, riesgo cardiovascular.

COMUNICACIÓN TIPO PÒSTER

Tuberculosis importada: abordaje, tratamiento y estudio de contactos desde Atención Primaria

Heredia Pareja F¹, Godoy Sánchez VM¹, Luján Jiménez R², Sánchez Benítez de Soto ML³, Vallejo Godoy S³, Peñafiel Escámez MT³

¹ AIG Cuidados Críticos y Urgencias EP Hospital de Poniente, Almería

² Médico Adjunto Centro de Salud de Vícar, Almería

³ Unidad de Tuberculosis de Atención Primaria del Distrito Poniente de Almería

OBJETIVOS

1. Conocer el estado de la infección tuberculosa en una población expuesta a un caso de tuberculosis pleuro-pulmonar.
2. Describir la estrategia de abordaje para el control de la tuberculosis en paciente inmigrante contratado en origen que realiza un viaje internacional en autobús de varios días de duración.

DISEÑO

Estudio de seguimiento, aplicando el protocolo del estudio de contactos.

EMPLAZAMIENTO

Atención Primaria.

SUJETOS

Pacientes rumanos que han compartido un viaje internacional en autobús con un enfermo de tuberculosis y personal sanitario que atendió a ese paciente.

RESULTADOS PRINCIPALES

Fuente de infección: paciente de origen extranjero diagnosticado tras 20 días de estancia en España. Identificación de la población en riesgo: personal sanitario, 4; contactos laborales, 3; viajeros, 76. Total estudiados: 83. Infectados: 95%, no infectados: 5 %, enfermos: ninguno. Pautas de tratamiento: debido a la movilidad se ponen pautas cortas, tres meses con Rifampicina e Isoniacida si no esta contraindicado. Otra pauta: seis meses con Isoniacida. Tratamiento: si, 90% tratamiento infección tuberculosa latente; No, pendiente. Supervisión: lugar y control de adherencia, Equipo de Tuberculosis. Carga de trabajo del estudio: número de interconsultas para recogida de la información, 10; número de visitas por infectado, 14. Lugar donde se realiza la supervisión y el estudio de los expuestos: trabajo (90%), en el centro de salud (10%). Número de interconsultas con Delegación coordinada con otros distritos: 10.

CONCLUSIONES

La coordinación sanitaria y la existencia de pautas consensuadas de actuación permiten el control de la tuberculosis, especialmente ante tuberculosis importadas.

PALABRAS CLAVE

Tuberculosis, inmigrantes, viajes.

COMUNICACIÓN TIPO PÒSTER

Anticoncepción de emergencia en un área sanitaria

García Masegosa JF, Gómez García S, Esteban López MM

Hospital La Inmaculada, Huércal-Overa (Almería)

OBJETIVOS

Estudiar el perfil de las mujeres que acuden demandando anticoncepción oral hormonal (AHO) de emergencia. Identificar el tipo de método anticonceptivo (MAC) utilizado habitualmente. Valorar el motivo de consulta.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal mediante encuesta.

EMPLAZAMIENTO

Área de gestión sanitaria (atención primaria y hospital).

SUJETOS

Se entrevistó a 577 mujeres que demandaron anticoncepción postcoital durante el año 2006 en los Servicios de Urgencias hospitalarias y de centros de salud. Las variables recogidas fueron edad (grupos de edad), MAC utilizado habitualmente (ninguno, preservativo, hormonal, DIU u otros), motivo de consulta (no uso de MAC, rotura de preservativo, preservativo retenido u otros), uso de AHO de emergencia anteriormente y actuación.

RESULTADOS PRINCIPALES

De las 29072 mujeres en edad fértil registradas en nuestra área, el 2% demandaron AHO de emergencia. El 54% tenían entre 17-24 años, el 20% tenían más de 30 años y no hubo ninguna con menos de 14 años. Un 39% había utilizado la AHO de emergencia en alguna ocasión previamente. Como MAC habitual un 85% usaba el preservativo y sólo el 7% no usaba ningún MAC. El motivo de la solicitud en el 74% fue rotura del preservativo y el 19% no usaron ningún MAC en esa relación. Al 100% se le prescribió Levonorgestrel.

CONCLUSIONES

El perfil de la mujer que demanda la anticoncepción de emergencia, es el de una mujer joven, menor de 24 años, que habitualmente usa el preservativo como MAC y demanda la anticoncepción de emergencia por rotura del mismo. Un 39% había utilizado la AHO de emergencia en otra ocasión.

PALABRAS CLAVE

Anticoncepción de emergencia. Anticoncepción postcoital. Método anticonceptivo.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Tratamiento con metformina en el síndrome de ovario poliquístico

Valenzuela López MI¹, Valenzuela López MM²

¹ Centro de Salud Salvador Caballero, Granada

² Grassendale Medical Practice, Liverpool (Inglaterra)

OBJETIVOS

Analizar la respuesta al tratamiento con metformina en mujeres con Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP).

DISEÑO

Estudio descriptivo en 2 Centros de Salud.

SUJETOS

Pacientes entre 20-40 años con diagnóstico ecográfico de SOP.

RESULTADOS PRINCIPALES

Se estudió una muestra de 270 mujeres con SOP.

El motivo de consulta inicial fue en un 83,49% problemas de fertilidad, en un 3,3% hirsutismo,

en un 1,8% sobrepeso, un 7,79% acné y el resto, otros motivos de consulta.

El 43,2 % de las mujeres de nuestra muestra presentaron LH /FSH ratio >2,5, y el 22,96% de ellas tenían una testosterona >2,5 nmol/L en el momento del diagnóstico. El 34,6% de las mismas tenía registrado un IMC>27.

Tras un año de tratamiento con metformina se vió que en un 71,09% de las mujeres se inducía la ovulación medida hormonalmente (esto se incrementó hasta el 93,44% cuando se trataba con metformina y clomifeno conjuntamente). En un 90,91% se reducía el LDL-colesterol inicial, en el 66,53% se redujo la TA y en más del 80% se disminuyó la concentración de glucosa basal. El 7,22% desarrolló una diabetes.

CONCLUSIONES

El tratamiento con Metformina en mujeres con SOP reduce los niveles de glucemia basal y otros factores de riesgo cardiovascular. A su vez mejora la fertilidad al inducir en un alto porcentaje la ovulación.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Prescripción de psicofármacos, sexo y nivel sociocultural

González Barranco JM^a, de Prados López M^aF, López Martínez M, Sánchez García M^aC, Mariscal Lliteras ML

Centro de Salud Fuensanta, Córdoba

INTRODUCCIÓN

Los Psicofármacos (PSF), sustancias químicas capaces de modificar el psiquismo normal o patológico, son consumidos en España por más de 2 millones de personas de forma habitual. Su consumo se ha incrementado en los últimos años en más de un 250%. El 75% se les prescriben a mujeres.

La mayoría de los PSF se prescriben por problemas de ansiedad o depresión. En bastantes casos estos malestares, pocas veces patológicos, resultan de problemas familiares, laborales, sociales, etc. Los PSF en estos casos actúan como anestésicos mientras los conflictos persisten. Esto hace que se cronifique su consumo provocando dependencia y los problemas derivados de los efectos adversos.

OBJETIVO PRINCIPAL

Conocer el sesgo en la prescripción de PSF y en la derivación a los Equipos de Salud Mental (ESM) según sexo y nivel sociocultural.

OBJETIVO SECUNDARIO

Evaluar la duración media del tratamiento.

DISEÑO

Estudio descriptivo observacional de tipo transversal. Tamaño de la muestra: N=155 pacientes (calculado mediante C4-Study Design Pack). El estudio se realizó mediante muestreo no pro-

babilístico consecutivo. Datos analizados con SPSS 12.0.

SUJETOS

155 pacientes entre 15 y 90 años de edad de un Centro de Salud.

VARIABLES ANALIZADAS

A los/las pacientes se les realizó una encuesta y se les aplicó la escala de ansiedad y depresión de Goldberg. Se recogieron algunas variables demográficas, nivel de estudios, uso y clase de PSF, tiempo de utilización y fuente de prescripción. La fuente de recogida de datos fue la historia informatizada en Diraya.

RESULTADOS PRINCIPALES

- La media de edad fue de 58 años (intervalo de 16 a 88 años).
- De 155 pacientes estudiados 38 eran hombres (24,5 %) y 117 mujeres (75,5%).
- En Atención Primaria (AP) se prescribió PSF en un 63'2% del total de pacientes (un 68'4% en mujeres y 47'4% en hombres).
- De los 155 pacientes 54,8% tenían estudios básicos, 25,8% no tenían estudios y 19,4 % tenían estudios superiores.
- El 63,2% de las primeras prescripciones se realizaron en AP y el 36,8% en los ESM. Se observó

que a las mujeres se les prescribe más frecuentemente en AP (68,4%) en comparación con los hombres (47,4%).

- En AP se prescribió mayoritariamente a los/as pacientes que no tenían estudios (77'5%).

- La duración media del tratamiento fue de 4'27 años

CONCLUSIONES

1. La prescripción de PSF en más frecuente en mujeres.
2. En Atención Primaria se prescribe más a las mujeres. Los hombres son derivados en mayor porcentaje a los ESM (52,6%) en comparación con las mujeres (31,6%).
3. Cuanto mayor es el nivel sociocultural del/la paciente mayor es la probabilidad de ser remitidos/as a los ESM.
4. Larga duración de los tratamientos.
5. Persistencia de los síntomas tras largos periodos de tratamiento.

El consumo de PSF durante largos periodos de tiempo no garantiza el alivio de los malestares psicológicos. Esto nos debe hacer pensar que debemos adoptar otras medidas en su abordaje y en el estudio de la causa que los provoca, como revisión del consumo de fármacos por parte del/la paciente que pueda producirlos, pensar en patologías orgánicas que cursen con estos síntomas asociados, y promover medidas de abordaje de conflictos familiares, laborales, sociales... con otro tipo de terapias que conlleve un cambio de actitudes en los/as pacientes. Con todo esto, pensamos, se puede evitar la prescripción sistemática de PSF lo cual conllevaría al alivio del/la paciente, evitaríamos la dependencia a estas drogas y los problemas derivados de los efectos adversos.

PALABRAS CLAVE

Psychoactive drugs.

BIBLIOGRAFÍA

1. Secades Villa R, Rodríguez García E, Valderrey Barbero J, Fernández Hermida JR, Vallejo Seco G, Jiménez García JM. Use of psychoactive drugs in patients attending GPs' surgeries in the Principality of Asturias (Spain). *Psicothema*. 2003; 15: 650-655.
2. Parellada Esquiús N, Bonet Monne S, Forcada Vega C, Vedia Urgell C. Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. *Aten primaria*. 2005; 36: 239-245
3. Vicente Baos V. Prescripción de psicofármacos en atención primaria. *Aten primaria*. 2005; 36: 246-247.
4. Fernández Álvarez R. Factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas y acciones para mejorar su uso. *Aten Primaria*. 2002; 30: 297-303.
5. Gabarrón Hortal. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en Atención primaria. *Aten Primaria*. 2002; 29: 329-35.
6. Gil García, E. Género y Psicofármacos: la Opinión de los Prescriptores/as a través de una investigación cualitativa. *Aten Primaria*. 2005; 35: 402-407.
7. García del Pozo J. Utilización de Ansiolíticos e Hipnóticos en España (1995-2002). *Rev Esp Salud Pública*. 2004; 79: 379-387.
8. Burin M. *La Tranquilidad Recetada*. Buenos Aires: Ed. Paidós; 1990.
9. Escudero JC, Romo N. Mujeres y prescripción de psicofármacos. Un estudio comparativo de tres comunidades autónomas. Informe final. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Estudio de la mujer. Universidad de Granada, 2003.

COMUNICACIÓN TIPO PÒSTER

Estudio descriptivo de los pacientes inmigrantes que consultan en Atención Primaria con síntomas sugerentes de Síndrome de Ulises

De los Ríos Álvarez AM¹, Rupérez Larrea M¹, López Torres G², Gómez García M³, Karakosta Valentín K¹, Boj Roca N¹

¹ Centro de Salud Cartuja, Distrito Granada

² Distrito Granada

³ Zona Básica Valle de Lecrín. Distrito metropolitano, Granada

OBJETIVO

Estudiar las características clínicas y sociales de pacientes inmigrantes (PI) que presentan Síndrome de Ulises (SU).

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal de casos con SU y SU incompleto (SUI). Investigamos nacionalidad, edad, sexo, estado civil (EC), situación laboral (Slab), situación Legal (Sleg), tiempo en España (TE), dificultades de comunicación (DC) y nº de consultas realizadas en el último año. Se realiza una distribución de frecuencias. La distribución de las variables se ha comparado mediante test Chi-cuadrado y exacto de Fisher.

EMPLAZAMIENTO

Atención Primaria (AP), segundo semestre 2007.

SUJETOS

21 inmigrantes que acuden a AP con síntomas de SU, extraídos de una muestra de 198 PI.

RESULTADOS

De 21 PI, 6 tienen SU (síntomas y signos mal definidos, ansiedad, depresión, confusión témporo-espacial, déficit de atención y memoria, cambios de conducta) y 15 SUI (sólo refieren 4 de los 6 síntomas). Hay 8 marroquíes, 6 de países del este europeo, 4 sudamericanos y 3 subsaharianos. De los casos 15 (70%) son mujeres, 13 (62%) menores de 35 años y 10 (48%) están casados. El paro es la Slab más frecuente (62%), encontrándose en situación ilegal 14 pacientes ($p = 0.000$); 19 casos llevaban menos de 5 años TE ($p = 0.003$) y 12 ($p = 0.029$) muestran DC. Sólo hay 6 casos con hiperutilización (más de 7 visitas) y casi todos consultaron por problemas agudos.

CONCLUSIONES

Se estudia por primera vez el SU en AP, clasificándolo en SUI y SU. Destacamos el alto porcentaje de pacientes con DC y poco TE, tratándose especialmente de mujeres jóvenes con dificultades laborales por su Sleg.

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria, inmigrantes, síndrome de Ulises.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio de la presentación del Síndrome de Ulises en la población inmigrante que acude a la consulta de Atención Primaria

De los Ríos Álvarez AM¹, López Torres G², Rupérez Larrea M¹, Boj Roca N¹, Karakosta Valentín K¹, Gómez García M³

¹ Centro de Salud Cartuja, Distrito Granada

² Distrito Granada

³ Zona Básica Valle de Lecrín. Distrito metropolitano, Granada

OBJETIVO

Identificar pacientes inmigrantes (PI) con síndrome de Ulises (SU) en función de su sintomatología, investigando variables relacionadas con la inmigración que pueden influir en la presentación comparándolas con PI que no tienen esa sintomatología.

DISEÑO

Descriptivo transversal. Entrevista valorando los síntomas que definen el SU. Recogemos edad, sexo, estado civil (EC), situación laboral (Slab), situación Legal (Sleg), tiempo en España (TE) y dificultades de comunicación (DC). Dividimos la muestra en 3 grupos: pacientes con SU; con problemas psicosociales (PPS) y casos sin clínica de SU o PPS (SC). La distribución de las variables se compara mediante test Chi-cuadrado y exacto de Fisher.

EMPLAZAMIENTO

Atención Primaria (AP), segundo semestre de 2007.

SUJETOS

198 inmigrantes en AP.

RESULTADOS PRINCIPALES

Sufrían SU 21 casos (11%); 84 pacientes (42%) PPS y 93 (47%) SC. No hubo diferencias significativas en género, edad, ni EC entre los 3 grupos. La Slab era muy mala en los SU y mala en los pacientes con PPS ($p=0.041$), lo mismo ocurrió con la Sleg ($p=0.000$). Los SU llevan menos TE que los otros grupos ($p=0.013$) y tenían más DC, tanto idiomáticas como culturales ($p=0.000$) que los PPS y los SC.

CONCLUSIONES

Llama la atención que el 53% de los pacientes presentaban SU ó PPS. La edad, género y EC no influyen en la presentación de SU ni PPS. El SU es más frecuente en los PI en situación ilegal, parados o con trabajo temporal, llevan menos de 5 años en España y tienen DC. Es posible que una mejoría de la situación social reduzca la presentación de esta clínica.

PALABRAS CLAVE

Inmigrantes, Síndrome de Ulises, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÒSTER

Estudio de la población inmigrante que acude a las consultas de Atención Primaria

Rupérez Larrea M¹, De los Ríos Álvarez AM², López Torres G³, Gómez García M⁴, Karakosta Valentín K¹, Boj Roca N¹

¹ Centro de Salud Cartuja. Unidad Docente de MFyC Granada. Distrito Granada

² Centro de Salud Cartuja. Distrito Granada

³ Distrito Granada

⁴ Zona Básica Valle de Lecrín. Distrito Metropolitano. Granada

OBJETIVO

Estudio de la población inmigrante(PI) que consulta en Atención Primaria(AP) desde el punto de vista demográfico, de utilización de servicios(US) y motivos de consulta(MC) para valorar el impacto sobre los servicios del aumento de PI con situaciones culturales, económicas, sociales muy diferentes.

DISEÑO

Descriptivo transversal. Se recogen nacionalidad, género, edad, estado civil (EC), situación laboral (Slab), situación legal (Sleg), dificultades de comunicación durante la entrevista (DE), consultas por procesos agudos ó crónicos, nº de visitas registradas en las historias clínicas durante el último año. La distribución de las variables se ha comparado mediante el test Chi-cuadrado y test exacto de Fisher.

EMPLAZAMIENTO

AP, segundo semestre de 2007.

SUJETOS

198 inmigrantes que consultan en AP.

RESULTADOS PRINCIPALES

Se recogen 20 nacionalidades diferentes: marrocos: 52 (26%), Sudamérica: 41(21%), otros países del Magreb: 28(14%), subsaharianos:20 (10%),Rumania: 17(9%), Rusia: 11(6%), Comunidad Europea: 12(6%), Centroamérica: 11(6%), China: 6(3%).La edad media es 36.7 (+/-12.22). Varones: 88 (44%). Mujeres: 110 (56%). Por EC, el 50% son casados, Slab: 34% están parados, Sleg:23% no tiene legalizada su situación, la mayor parte consultan por procesos agudos (68%) y son normoutilizadores (88% tienen <7 visitas en el último año). Las mujeres presentan menos DE (p = 0.035).

CONCLUSIONES

En AP se atienden cada vez más PI de muchas nacionalidades, destacando los que provienen de Marruecos y países sudamericanos. Se trata de población joven, consultan mayoritariamente por procesos agudos y acuden poco a la consulta, sin encontrar grandes diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a su situación personal y social.

PALABRAS CLAVE

Población inmigrante, Atención Primaria, Nacionalidades.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Síntomas depresivos en los inmigrantes que acuden a los servicios de Atención Primaria

López Torres G¹, De los Ríos Álvarez AM², Rupérez Larrea M³, Osorio Martos C¹, Novo Martín JJ⁴, Valverde Morillas C⁵

¹ Distrito Granada

² Centro de Salud Cartuja. Distrito Granada

³ Centro de Salud Cartuja. Unidad Docente de MFyC Granada. Distrito Granada

⁴ Zona Básica Cambil. Distrito Jaén

⁵ Centro de Salud La Zubia. Distrito Metropolitano. Granada

OBJETIVOS

En población inmigrante (PI) los trastornos del estado de ánimo se presentan con frecuencia debido a las múltiples situaciones de estrés a las que deben enfrentarse. Se plantea estudiar síntomas depresivos (DP) en PI consultante en Atención Primaria (AP), analizando algunas variables relacionadas con la inmigración y con el uso de servicios (US).

DISEÑO

Descriptivo transversal. Se investiga diferencias, en relación con edad, género, estado civil (EC), tiempo en España (TE), situación legal (Sleg), nº de visitas recogidas en la historia clínica (US), motivo de consulta, entre los pacientes con DP y en los que consultan por otras manifestaciones clínicas. La distribución de las variables se estudia con test Chi-cuadrado y exacto de Fisher.

EMPLAZAMIENTO

AP, segundo semestre 2007.

SUJETOS

198 inmigrantes en AP.

RESULTADOS PRINCIPALES

De la PI estudiada, 55 pacientes (28%) tenían síntomas depresivos, con mayor frecuencia en mujeres ($p=0,017$); no existen diferencias significativas para la edad, EC y TE. La situación ilegal también condiciona la mayor presencia de DP ($p=0,019$). Al estudiar el US, sólo 23 (12%) han realizado más de 7 visitas, no encontrando diferencias entre grupos, aunque los paciente sin DP consultan más por procesos agudos que por crónicos ($p=0,035$).

CONCLUSIONES

Las mujeres inmigrantes presentan con mayor frecuencia síntomas depresivos que los varones, como ocurre también en población autóctona. En general la PI no hace una hiperutilización de los Servicios, consultando con frecuentemente por problemas agudos. No encontramos diferencias por edad, EC ni TE. La situación ilegal sigue produciendo un aumento de estrés que se puede traducir en más síntomas depresivos.

PALABRAS CLAVE

Inmigrantes, Síntomas Depresivos, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Petición de densitometría e indicación de tratamiento farmacológico en la osteoporosis: ¿adecuados según guías de práctica clínica?

Tormo Molina J¹, Castelló Losada MJ², Pedrosa Arias M³, Jiménez Liñán R⁴, López Ruiz JM⁵

¹ Centro de Salud Gran Capitán, Granada

² Centro de Salud Alfacar, Granada

³ Centro de Salud Cartuja, Granada

⁴ Centro de Salud Cenes, Granada

⁵ Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Virgen de las Nieves, Granada

OBJETIVO

Valorar el grado de adecuación de las peticiones de densitometría y de indicación de tratamiento farmacológico de la osteoporosis, a una guía de práctica clínica (Guía Semfyc/Sego-2005) seleccionada previamente en el marco de un programa de mejora de la calidad.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal, mediante audit de base de datos de densitometrías y de historias clínicas informáticas.

EMPLAZAMIENTO

Centros de Salud de un Distrito Sanitario y Servicio de Medicina Nuclear de un hospital de tercer nivel.

SUJETOS

Todos los pacientes a los que se les solicitó densitometría por parte de los médicos de atención primaria de un Distrito Sanitario durante el año 2007.

RESULTADOS

Se solicitaron 366 densitometrías, de las que en 248 se pudieron obtener los resultados densito-

métricos y en 191 los datos de su historia clínica. La media de edad de las pacientes fue de 62 años (SD.- 11,1) y el 21% de ellas cumplían criterios de osteoporosis por densitometría. El 41% del total de la muestra tenía indicados fármacos específicos de osteoporosis. El más prescrito era alendronato (49%), seguido de risedronato (29%), ranelato de estroncio (10%), ibandronato (6%) y raloxifeno (5%).

76 mujeres (40%) tenían menos de 60 años y, según la guía Semfyc/Sego, no estaba indicado solicitarles densitometría.

El 30% de los pacientes que no presentaban osteoporosis, según los criterios de la OMS, estaban tratados con fármacos específicos para la osteoporosis.

Existían importantes problemas de infrarregistro en la historia clínica que no hacían viable verificar la presencia de factores de riesgo de osteoporosis.

CONCLUSIONES

En nuestro medio parecen existir porcentajes de indicación inadecuada de densitometría y de tratamiento farmacológico específico para la osteoporosis, según la guía Semfyc/Sego. Parece adecuado, por tanto, iniciar actividades de mejora.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Adecuación del tratamiento con anticolinesterásicos en enfermos con Alzheimer al grado GDS-Fast: ¿se siguen las pautas recomendadas?

Puga Montalvo M^ªE, Jaldo Sánchez A, Fuentes Gonzalez CI, Vicente González E, Elazhari Asma A, Pérez Fernández L

Zona Básica de Salud Huétor-Tájar (Granada)

OBJETIVOS:

Determinar la adecuación del tratamiento con anticolinesterásicos en pacientes con Alzheimer.

DISEÑO Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo. Se revisan historias clínicas de pacientes diagnosticados de Alzheimer en tratamiento con anticolinesterásicos, analizando grado GDS-FAST y adecuación del tratamiento a dicho grado.

EMPLAZAMIENTO

Zona Básica de Salud Rural (17.982 pacientes)

SUJETOS

37 pacientes diagnosticados de Alzheimer tratados con anticolinesterásicos. Dicha muestra se obtiene a partir del listado de visado de fármacos.

RESULTADOS PRINCIPALES

a) El 62,2% de los sujetos son mujeres, el 37,8% hombres. La edad media es 76 años.

b) La mitad de los pacientes con GDS-FAST conocido tenían una puntuación entre 3 y 6. En el 24% de los casos no aparecía en la historia la puntuación GDS-FAST ni datos para su cálculo.

c) En el 25,4% de los casos no estaba indicado el tratamiento con anticolinesterásicos (valor del índice GDS-FAST fuera de rango)

CONCLUSIONES

En general, el tratamiento con anticolinesterásicos para demencia tipo Alzheimer sigue pautas recomendadas para el índice GDS-FAST. El 50% de los pacientes con puntuación en GDS-FAST reciben un tratamiento adecuado. Del resto, el 24% de las historias carecían de puntuación en dicho indicador y de información para su cálculo, por lo que es imposible determinar la adecuación del tratamiento. Además, en el 25,4% de casos el tratamiento con anticolinesterásicos no estaría recomendado.

Estos resultados hacen aconsejable que, acerca de cada paciente, llevemos un registro detallado de indicadores para realizar una adecuada prescripción farmacológica.

PALABRAS CLAVE

Anticolinesterásicos, adecuación, demencia.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Interrupción voluntaria del embarazo en mujeres de una ZBS rural. ¿Cómo influye la inmigración?

Puga Montalvo M^aE, Bonilla Ruiz S, Jódar Reyes M, Fuentes González CI Sánchez Ruiz A, Cabrera Rodríguez CA

Zona Básica de Salud Huétor-Tájar (Granada)

OBJETIVOS

- Cuantificar las IVEs en mujeres inmigrantes y no inmigrantes de una ZBS rural y analizar su grado de recurrencia.
- Prevalencia de mujeres que tras IVE acuden a planificación familiar y método anticonceptivo pautado.

DISEÑO - EMPLAZAMIENTO

Estudio descriptivo-transversal referido a 2006-2007. Variables estudiadas: fecha de solicitud, edad de la solicitante, nacionalidad, edad gestacional, planificación tras IVE y método anticonceptivo pautado. Fuente de información: solicitudes de IVEs y las HC de las solicitantes. Análisis de datos con programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se registraron 132 solicitudes de IVEs (55 en 2006 y 77 en 2007). La edad media de las solicitantes, 28 años. El 91% de IVEs solicitadas presentaron < 12 S.G. Respecto a la nacionalidad de las solicitantes, en el 28,04% de

los casos se desconocía, el 52,27% eran inmigrantes (48,48% bolivianas) y el 19,69% autóctonas. El 14,28% de las demandantes de IVE en 2007 volvieron a solicitarlo durante este año.

Sólo un 22,72% acudieron a Planificación Familiar tras IVE. El método anticonceptivo solicitado fue el implante s/c de levonorgestrel.

CONCLUSIONES

La tasa de IVEs ha aumentado (40% del 2006 al 2007). El 52,27% de las solicitantes eran inmigrantes, pero la cifra podría ser superior por el elevado porcentaje de casos con nacionalidad desconocida (dato ilegible). Pocas afectadas acuden después a planificación familiar y la tasa de recurrencia de solicitud de IVE, a corto plazo, es preocupante (14,28%).

Deberíamos realizar educación sanitaria adaptada al perfil detectado en las solicitantes.

PALABRAS CLAVE

Anticoncepción, interrupción voluntaria del embarazo (IVE), aborto inducido.

COMUNICACIÓN TIPO PÒSTER

¿Cuántos y cuáles son los fármacos que consumen nuestros ancianos?

Rodríguez Camacho A, Rodríguez Trujillo FJ, Oviedo Zampaña R, Navea Tejerina C Ruz Franci I

Zona Básica de Salud Olivillo, Cádiz

OBJETIVO

Conocer la prescripción médica habitual de la población anciana institucionalizada correspondiente a nuestro centro de salud.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal.

EMPLAZAMIENTO

Atención primaria.

SUJETOS: Total de pacientes ingresados en una residencia de mayores adscrita al centro de salud urbano "Olivillo".

RESULTADOS

Revisamos las historias clínicas de 90 pacientes, hombres 36.7% y mujeres 63.3%, de edad media 81.27 años. El diagnóstico más frecuente (73.3%) corresponde al área cardiovascular. El consumo medio de fármacos es 7.41, solo dos casos no consumen ningún fármaco, siendo el

grupo más numeroso el que consume más de 9. Los grupos terapéuticos de mayor consumo son: gastroprotectores 62.2% (omeprazol 73.77%, pantoprazol 11.47%), diuréticos 54.4% (hidroclorotiazida 32.72% y furosemida 29.09%), antihipertensivos 55% (IECA 33.82%, calcioantagonistas 26.47%, ARAII 25% y 13.23% betabloqueantes), antiagregantes y anticoagulantes 48.9% (ácido acetil salicílico en 68.08%, sintrom en 19.14% y clopidogrel en 12.76%), usan absorbentes el 45.6%, benzodiacepinas en un 46.7% (bromazepam en el 28.57%, lormetazepam 20.48% y loracepam en el 20.48% respectivamente). Usan analgésicos el 33.3%, y antidiabéticos en el 28.9%. Otros tratamientos usados con cierta frecuencia son laxantes en el 23.3%, vasodilatadores periféricos en el 22.2%, antidepresivos el 17.8% (citalopram), antipsicóticos (olanzapina) el 17.8%, vasodilatadores cerebrales el 14.4% y anticolinérgicos el 8.9%.

CONCLUSIONES

Se trata de una población anciana de riesgo, polimedicada, con alto consumo de fármacos de la esfera cardiovascular, que corresponde a la alta prevalencia de dicha patología, y menor uso de ansiolíticos e hipnóticos así como de otros fármacos para control de síntomas conductuales. Sólo la mitad de los casos usan absorbentes.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Análisis y estudio de las asistencias de un DCCU

Alarcón Manoja E¹, Coronilla Carbonell MC²

¹ Centro de Salud La Merced, Cádiz

² Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

OBJETIVO

Analizar el modo de actuación, así como las patologías más comunes atendidas, por el primer eslabón de la cadena asistencial de la emergencia.

DISEÑO

Se trata de un estudio descriptivo, utilizando series de casos clínicos vistos durante la segunda mitad del año 2007.

EMPLAZAMIENTO

El dispositivo de cuidados críticos y urgencias nº 1 de Cádiz.

SUJETOS

Pacientes atendidos en el segundo semestre de 2007.

RESULTADOS PRINCIPALES

1. Hasta los 80 años, salvo en el intervalo de 41 a 50 años, predominan las asistencias sobre hombres. Por ello, existe una notable diferencia entre los segmentos de edad de mayor atención en el caso de los hombres y las mujeres, ponderando la población de cada uno de ellos.

2. Del total de pacientes, el 30% fue derivado al hospital en UCI móvil, el 24% fue trasladado al Hospital en ambulancia convencional, el 39%

permaneció en su domicilio, el 6% fue asistido con éxito por teléfono y menos del 1% se trasladó al hospital por medios propios.

3. En el 73% de los casos el tiempo transcurrido desde la llamada hasta ser atendido fue inferior a 10 minutos.

4. Las patologías más frecuentes vistas fueron: ICTUS/AIT, agudizaciones asmáticas y EPOC, dolores torácicos, síndromes ansioso-depresivos, policontusiones, síncope vasovagales, vértigos periféricos y gastroenteritis.

5. En un 47,33% de los casos la valoración inicial y final de la asistencia difirió en su gravedad (siendo en un 9% de esos casos, una prioridad más grave, y en un 38,33% una prioridad más leve).

6. Un alto porcentaje se mostraron satisfechos de la atención recibida.

CONCLUSIONES

1. Se debe mejorar el triaje de las llamadas telefónicas.

2. Debe apostarse por la formación continua del personal que trabaje en estas unidades para lograr reducir la cantidad de derivaciones hospitalarias, disminuir las cronas, y así mejorar la calidad asistencial.

PALABRAS CLAVE

Emergency Mobile Unit.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Síndrome del Cuidador en nuestras consultas

Díez Vigil JL, Restoy Bernabé A, Revelles Medina I, Jiménez Lozano ML, Morales Sánchez S, Gómez Rodríguez T

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Almería

OBJETIVOS

Prevalencia del síndrome del cuidador (SC) en los cuidadores de atención primaria (AP). Conocer características clínicas y sociodemográficas de los cuidadores y características clínicas y tipos de cuidados de los pacientes dependientes. Detectar diferencias entre ámbito rural/urbano.

DISEÑO

Descriptivo transversal.

EMPLAZAMIENTO

Atención Primaria.

SUJETOS

Pacientes catalogados como cuidadores, pertenecientes a 8 consultas AP(4 rural /4 urbanas).

VARIABLES

Cuidadores: edad, sexo, cuidador (formal /informal); estado civil; trabajo habitual; remunerado/no remunerado; parentesco; patologías si/no (osteomusculares, dolor crónico, cefalea, mareo, astenia, depresión, ansiedad, insomnio) uso de medicación (psicofármacos, analgésicos, automedicación). Tiempo de cuidado, relevo. Paciente dependiente: edad, sexo, patología (ictus, infarto/insuficiencia cardiaca, Parkinson, OCFA, patología tipos de cuidados (alimentación, higiene, vestirse, medicación, económicos).

RESULTADOS

132 cuidadores, edad media 61 años DS13,43; 63 meses media tiempo de cuidado DS 71; 94% cuidadores informales; 80% cuidadores mujeres; 40% son hijos; 71% relevo familiar, 94% administración de medicación, 81% higiene, 77% vestirse, 75% alimentación. 61% de pacientes dependientes son mujeres, demencia como patología más frecuente.

El 63% de cuidadores presentan dolor osteomuscular, 44% dolor crónico, 63% usa analgésicos y un 42% tienen ansiedad.

EL 18% presentan SC (osteomusculares, dolor crónico, ansiedad y toma de analgésicos). Existen diferencias edad media de los cuidadores (58 / 64;p<0.05), y tiempo medio de cuidado (40/80; p<0,05).

CONCLUSIONES

Una quinta parte de nuestros pacientes presentan SC.

El cuidador informal, mujer edad media, casada, familiar directo del dependiente, predominan síntomas osteomusculares y uso analgésicos, las mujeres mayores con demencia perfil mas frecuente de dependiente, requiere higiene, vestirse, administración de fármacos. La diferencias entre rural y urbano es en cuanto la edad de los cuidadores y el tiempo medio de cuidado.

PALABRAS CLAVE

Síndrome del cuidador; Atención Primaria, prevalencia.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Cirugía menor: ¿qué estamos haciendo?

Cabrera Martínez MC, Vega García-Posada R, Hernando Jiménez V, Yago Calderón A, Vázquez Alarcón RL, Ramírez Ceballos A

Centro de Salud San Andrés, Torcal (Málaga)

OBJETIVO

El programa de Cirugía menor se realiza en nuestro Centro desde Febrero de 2.006. El objetivo del trabajo es describir la actividad realizada, el perfil del usuario y analizar la concordancia entre el diagnóstico preoperatorio y diagnóstico anatomopatológico de las muestras.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal

EMPLAZAMIENTO

Centro de salud urbano con una población de 22.000 habitantes.

Servicio de Anatomía Patológica hospitalario de referencia.

SUJETOS

Pacientes intervenidos desde Febrero 2.006 hasta Diciembre 2007.

Mediciones realizadas: Recogida de datos por revisión de Historias y Libro de Cirugía donde se recoge la actividad realizada. Variables analizadas: Pacientes, intervenciones, sexo, edad, Lesión, técnica quirúrgica, Diagnóstico anatomopatológico y concordancia clínica- anatomopatológica.

RESULTADOS PRINCIPALES

Pacientes intervenidos: 288. Intervenciones: 326. Sexo: mujeres 162 (56.6 %), hombres 125 (43.4%). Edad media: 47.2 (mujeres: 51.2, hombres: 43.2).

Lesiones. Fibromas: 104(31.9 %); Nevus: 39 (11.9%); Verrugas seborreicas: 37 (11.3%); Verrugas vulgares: 32(9.8 %); Uñas incarnatas: 29(8.9%); Quistes epidérmicos: 21 (6.4%); Cuernos cutáneos: 15(4.5%); Verrugas plantares: 11 (3.3%); Angiomas, 11 (3.3%); Onicomicosis: 10 (3.05%); Dermatofibromas, 5(1.5%); Verrugas planas: 5(1.5%); Molluscum, 3 (0.9%), Botriomicomas, 2 (0.6%); Heridas, 2 (0.6%); Técnicas más empleadas: Electro cirugía: 100 (30.5%); Curetaje: 85 (25.9%); Extirpación: 50 (15.2%); Extirpación Ungueal: 39 (11.9%).

Biopsias. 194 (59.5% de las muestras). Concordancia clínica- anatomopatológica: 143 de 194 (74.5 %). Consentimiento informado: 221 de 288 (76.7%).

CONCLUSIONES

En estos dos años, el programa ha tenido una importante implantación. Aunque la concordancia es similar a otros estudios en Atención primaria, creemos que está condicionada por el corto periodo de tiempo desde su puesta en marcha y por haber un solo medico de familia realizándolo.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluar el nivel de información sobre lactancia materna en Atención Primaria

Capita Plockier LC, Perez Nieto AM, Castro Soler J, Vallejo Godoy S

Centro de Salud Motril-San Antonio, Motril (Granada)

OBJETIVOS

Conocer el grado de información sobre lactancia materna en las mujeres que acuden a la primera visita puerperal.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal en mujeres de 15 a 35 años desde febrero de 2007 a febrero de 2008. Encuesta realizada de forma anónima por las usuarias sobre la información recibida de lactancia durante el embarazo.

EMPLAZAMIENTO

Centro de salud urbano.

SUJETOS

Mujeres que acuden a la primera visita puerperal.

RESULTADOS PRINCIPALES

Se recogen 50 encuestas realizadas a púerperas. Edad media 26 años. El 78 % estado civil casado, 38% trabaja fuera del hogar. La fuente de información recibida fue el 24% matrona, el 12 % auxiliar clínica, 10% médico de familia, 6% enfermería, 4% ginecólogo y el 44% no recibe ninguna información de los profesionales sanitarios. El tipo de alimentación recibida durante la primera semana de vida fue 73% lactancia materna exclusiva 14% alimentación artificial y el 12% alimentación mixta.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio muestra que la información del médico de familia fue muy baja. Casi la mitad de las encuestadas no tenía ningún tipo de información sobre lactancia por parte de los profesionales sanitarios. A pesar de estos datos la mayoría opta por la lactancia materna exclusiva. No obstante podríamos conseguir un mayor porcentaje de lactancia materna exclusiva aumentando la información por parte de los médicos de familia.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Eficacia de un programa de intervención multifactorial para reducir la incidencia de caídas de los ancianos de la comunidad: Proyecto EPICA

Pérula Torres LA¹, Rodríguez Navarro V², Fernández García JA³, Martín Castro E⁴, Árias Blanco M⁵C⁵, del Pozo Guzmán R⁶

¹ Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito de Atención Primaria de Córdoba

² Centro de Salud La Carlota (Córdoba)

³ Centro de Salud Villarrubia. UGC Occidente-Azahara (Córdoba)

⁴ Centro de Salud Rute (Córdoba)

⁵ Centro de Salud Bélmez (Córdoba)

⁶ Centro de Salud Villarrubia. UGC Occidente-Azahara (Córdoba)

Objetivos: evaluar la eficacia de un programa de intervención multifactorial, para disminuir la incidencia de caídas e incrementar la calidad de vida relacionada con la salud en la población de 70 años o más residente en la comunidad.

Material y métodos: Tipo de estudio: Ensayo clínico controlado, aleatorizado por cluster, de dos brazos paralelos, abierto, multicéntrico. **Ambito:** 11 Centros de Salud ubicados en una provincia andaluza. **Sujetos:** = 70 años de ambos sexos, residentes en la comunidad. -Criterios de inclusión: que aceptasen participar y firmasen el consentimiento informado. -Criterios de exclusión: Enfermos terminales, inmovilizados, enfermedades psiquiátricas graves, personas desplazadas o institucionalizadas.

Muestreo: 142 pacientes en el Grupo Experimental -GE- y 284 en el Grupo Control -GC-, en base a lograr una reducción del 15% en la frecuencia de caídas en el GE y un 5% en el GC, para un error alfa del 5%, un error beta del 20%, una hipótesis bilateral, una razón 1:2, y un porcentaje de pérdidas del 15%. Muestreo consecutivo, búsqueda oportunista de casos. **Mediciones e intervenciones:** llevadas a cabo por el personal del equipo de atención primaria (médico de familia, enfermería), bajo la coordinación de un especialista en rehabilitación. El GE recibió un programa con un abordaje multifactorial conformado por actividades grupales (taller de formación) e individuales (en consulta o en su domicilio), mientras que los del GC recibió una intervención mínima (entrega de un folleto informativo). Ambos grupos fueron seguidos a los 3, 6, y 12 meses. La medida principal de resultado es el porcentaje y el número de caídas en cada grupo

y como variables secundarias se mide la calidad de vida relacionada con la salud (EuroQol-5D). Se analizan otras variables predictoras y/o de confusión: caídas previas, sexo, edad, clase social, problemas de salud activos, ingesta de medicamentos. **Análisis estadístico:** % de pérdidas, comparabilidad inicial de los grupos. Prueba de Chi-cuadrado y T test de Student para comprobar la diferencia de incidencia y número de caídas entre los grupos ($p < 0,05$); Riesgo Relativo (RR), Riesgo atribuible (RA) y NNT. Control de factores de riesgo y confundentes mediante modelos multivariantes (regresión logística múltiple).

Aplicabilidad: Dada la magnitud e importancia de las caídas y la morbimortalidad asociada a éstas, este estudio tendría una elevada trascendencia, ya que demostraría que una intervención sistematizada tiene un valor añadido sobre las actuaciones habituales realizadas por los profesionales de atención primaria.

Limitaciones: La principal limitación reside en su carácter abierto, pero no es posible enmascarar las intervenciones. La aleatorización se ha hecho por cluster (centro de salud), con el fin de evitar sesgos de contaminación. El periodo de estudio será de 12 meses y puede que éste sea un tiempo no lo suficientemente largo como para poder observar resultados significativos clínicamente relevantes. **Aspectos éticos-legales:** Se ha solicitado el consentimiento informado por escrito. Se han asumido los requisitos legales aplicables y las directrices de Buena Práctica Clínica de la ICH, así como los de la Declaración de Helsinki. Este proyecto ha sido aprobado por un Comité de Ética de Investigación Clínica.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Eficacia de una intervención domiciliaria para reducir errores de medicación en pacientes polimeditados mayores de 65 años

Pérula Torres LA¹, Pérula de Torres CJ², González Lama J³, Rubio Rodríguez A¹, Pulido Ortega L¹, Dios Guerra C⁴

¹ Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito de Atención Primaria de Córdoba

² Consultorio de Encinarejo. UGC Occidente-Azahara (Córdoba)

³ Distrito de Atención Primaria Córdoba-Sur

⁴ UGC Occidente-Azahara (Córdoba)

Objetivos: Comprobar si una intervención domiciliaria dirigida a pacientes polimeditados > 65 años, consigue disminuir los errores en la medicación y el incumplimiento terapéutico.

Material y métodos: Tipo de estudio: cuasiexperimental (antes-después), abierto, y multicéntrico. **Ambito:** 8 Centros de Atención Primaria ubicados en Córdoba. 9 médicos y 4 enfermeras. **Sujetos:** *Criterios de inclusión: - > 65 años, de ambos sexos - Polimeditados. -Con algún error en la medicación («cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor»). -Que acepten participar. *Criterios de exclusión: -Alto deterioro cognitivo, enfermedad neurológica o psíquica invalidante. -ACVA grave en los últimos 6 meses. -Inmovilizados o con un índice de Barthel inferior a 90 puntos. -Incapaces para realizar ABVD. -Pacientes que estén a cargo de un cuidador. **Muestreo:** para una prueba bilateral, error alfa del 5%, y una potencia del 97,5%; basándonos en estudios previos, partimos de un promedio de errores de medicación de 1,7; desviación estándar de 1; para poder detectar una diferencia de 0,7 errores menos tras la intervención, y estimando una proporción de pérdidas del 25%, el número de pacientes a estudiar sería de 45. Como también deseamos detectar una reducción del 15% del incumplimiento terapéutico, para un error alfa del 5% y un error beta del 20%, una hipótesis unilateral y una tasa de pérdidas del 20%, se necesitarían reclutar 80 sujetos.

Mediciones e intervenciones: Plan de formación de los profesionales: taller sobre Seguridad del paciente y entrevista motivacional. Pacientes: basada en la entrevista motivacional y en el establecimiento de es-

trategias que actúen sobre las barreras principales. **Mediciones:** -Variables dependientes: errores en la medicación y adherencia al tratamiento (test de Haynes-Sackett y Morisky-Green). -Variables independientes: Del Centro de Salud, Del profesional, Del paciente: Variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales: morbilidad, estado funcional (Pfeiffer) y ABVD. Datos farmacoterapéuticos.

Análisis estadístico: T de Student para datos apareados o test de Wilcoxon (promedio de errores de medicación antes-después de la intervención). Test de McNemar (porcentaje de pacientes con errores de medicación pre-postintervención). Para comprobar la relación entre los factores pronósticos o de riesgo y los errores de medicación, ajustando por las variables contundentes: análisis de regresión lineal múltiple.

Aplicabilidad: mejorar la seguridad del paciente, su patología y su calidad de vida. Menor demanda por problemas derivados de la toma inadecuada de los fármacos.

Limitaciones: El tipo de diseño empleado: descartamos la posibilidad de contar con un grupo control por razones éticas, ya que el criterio de entrada es el de presentar algún error de medicación y ello nos obliga a tener que intervenir. Su carácter abierto: no es posible enmascarar la intervención, y tanto los pacientes como los profesionales conocerán los pormenores de la misma (efecto Hawthorne).

Aspectos éticos-legales: Se hará de acuerdo con la legislación vigente y las directrices de BPC de la ICH y la Declaración de Helsinki. Consentimiento informado. Proyecto aprobado por un Comité de Ética de Investigación Clínica.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

¿Es necesario realizar radiografía (RX) de rodilla a todos los pacientes con artrosis de rodilla para valorar el grado de funcionalidad de la misma?

Capita Plockier LC, Pérez Nieto AM, Castro Soler J, Vallejo Godoy S

Centro de Salud Motril-San Antonio, Motril (Granada)

Objetivos: Estimar la fiabilidad del cuestionario Womac en la medición del grado de artrosis, para evitar pruebas complementarias innecesarias a lo largo de la evolución de la enfermedad, relacionando la Rx con el cuestionario.

Material y métodos: Diseño del estudio: Serie de casos prospectiva.

Ámbito del estudio: Centro de salud urbano.

Sujetos: Pacientes que en el momento del estudio estén previamente diagnosticados de artrosis, que tengan 50 o más años y que pertenezcan al centro de salud correspondiente.

Muestreo: Consecutivo, durante todo el período de estudio.

Criterios de selección: Edad igual o mayor de cincuenta años que hayan sido diagnosticados de artrosis previamente.

Exclusión: Pacientes con enfermedad reumatólogica o artroplastia sustitutiva.

Mediciones: Cuestionario Womac diseñado al efecto y Rx que divide a la artrosis en 4 grados.

Intervención: Se les entrega el cuestionario que es rellanado por el paciente y que divide a la patología en leve, moderada y grave; se compara con la Rx que presenta diferentes grados (1,2,3,4) para posteriormente observar la relación entre ambos.

Análisis estadístico: Cálculo del coeficiente Kappa ponderado.

Aplicabilidad: Conocer la relación entre el cuestionario y el grado de artrosis radiológico, es útil para evitarnos la solicitud de Rx, ya que solo con el cuestionario evaluaríamos el grado funcional de la misma.

Aspectos éticos legales: Al realizar el estudio necesitaríamos el consentimiento del paciente para realizar la Rx donde lo someteríamos a las radiaciones de dicha prueba.