

www.semfy.com/bilbao2012

XXXII CONGRESO
DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA
DE MEDICINA
DE FAMILIA
Y COMUNITARIA

¡Sírvete!

13, 14 y 15 de junio de 2012

Euskalduna Jauregia Bilbao
Palacio de Congresos
y de la Música



BILBAO'12

Índice

Comité Organizador	3
Comité Científico	3
XXXII Congreso de la semFYC	4
Bilbao 2012 ¡Súbete!	5
Índice por temas.....	6
Descripción de las actividades científicas	8
– Actos de inauguración y clausura	8
– Mesas	9
– Mesas de programas y secciones semFYC	34
– Debates	53
– Actualizaciones	59
– Foro de investigación	64
– Aula docente	74
– Talleres de habilidades	78
– Encuentros con expertos y otras actividades	83
– Comunicaciones orales	86
– Comunicaciones póster	128
Información adicional sobre actividades científicas / Premios	155
Actividades semFYC	157
Espacio solidario semFYC	158
Actividad con la población	159
Encuentros sociales	160
Información general	161
Plano de la sede.....	163
Patrocinadores y colaboradores	164

Comité Organizador

Presidenta

Susana Martín Benavides

Vocales de OSATZEN

Ana Rubio Gutiérrez

Cristina Domingo Rico

Iñaki Aguirrezabal Bazterrika

María Eugenia Azpeitia Serón

Maritxu Muñoa Caprón-Manieux

Mónica García Asensio

Pablo Daza Asumendi

Rafael Gracia Ballarín

Rafael Martínez de la Eranueva

Roberto González Santisteban

Vocales de otras sociedades federadas

Rubén Dario Villa Estebánez (*Soc. Asturiana de MFyC*)

María Teresa Martínez Ibáñez (*Soc. Canaria de MFyC*)

Miguel García Ribes (*Soc. Cantabra de MFyC*)

Vanessa García-Ciudad Young (*Soc. Gallega de MFyC*)

Miriam Méndez García (*Soc. Madrileña de MFyC*)

Enlaces semFYC

José Luis Cañada Millán

Salvador Tranche Iparraguirre

Comité Científico

Presidente

Rafael Rotaache del Campo

Vocales de OSATZEN

Ana Gorroñoitia Iturbe

Antxon Apiñaniz Fernández de Larrinoa

Carlos Calderón Gómez

Guillermo Cairo Rojas

Idoia Alcorta Michelena

Iñaki Martín Lesende

Itziar Pérez Irazusta

José María Aiarzaguena Sarriugarte

José Manuel Martínez Eizaguirre

Marga López Rey

Rafael Martínez de la Eranueva

Vocales de otras sociedades federadas

Alejandro Pérez Milena (*Soc. Andaluza de MFyC*)

Cruz Bartolomé Moreno (*Soc. Aragonesa de MFyC*)

María Martín-Rabadán Muro (*Soc. Balear de MFyC*)

Maila Pérez Mendoza (*Soc. Canaria de MFyC*)

Miguel García Ribes (*Soc. Cantabra de MFyC*)

Josep Lluís Piñol Moreso (*Soc. Catalana de MFyC*)

José María Vergeles Blanca (*Soc. Extremeña de MFyC*)

M.ª Victoria Martín Miguel (*Soc. Gallega de MFyC*)

Bernardina Tudela de Gea (*Soc. Murciana de MFyC*)

XXXII Congreso de la semFYC

Después de meses y meses de duro trabajo de los comités, de los grupos de trabajo y programas, de todas las personas que hacen posible esta actividad, vamos a crearde nuevo historia en Bilbao: historia científica, profesional, de debate, de pertenencia, de modernidad, de innovación y... de optimismo. Sí, de optimismo, esa palabra que los compañeros y compañeras de los comités nos lanzaron como reto hace un año. «Súbete al optimismo», nos decían, y aunque veíamos la necesidad de hacerlo nos sonó extraño y, sobre todo, nos sonó difícil. Es un desafío en los tiempos que corren hacer sonar nuestra voz con optimismo, pero es necesario... y es cierto: seguimos siendo médicos de familia y nos sentimos orgullosos de ello.

Seguimos estando orgullosos de nuestras propuestas para convertir la Atención Primaria en el eje de un sistema sanitario sostenible y eficiente, apostando por reivindicar la especialidad como impulso para responder a las necesidades que nos plantea el futuro. Así, por ejemplo, nuestro trabajo en la estrategia de abordaje al tratamiento de las enfermedades crónicas, donde somos los referentes para ofrecer esa atención de manera adecuada, profesional y sostenible, nos ha llevado a varias citas este año, en las que hemos desempeñado un papel primordial, que es y debe seguir siendo el nuestro en este campo.

Seguimos apostando también por el optimismo en la actividad comunitaria, especialmente crucial en estos tiempos, con el impulsó en la realización de jornadas que permiten reflexionar sobre nuestro papel en este ámbito, como la *I Conferencia de Salud Comunitaria*, recientemente celebrada en Barcelona. Más ideas para hacer crecer nuestro optimismo las tenéis en este Congreso, con la presentación de nuestro documento sobre autogestión, pues es necesaria la implicación y el protagonismo de los profesionales en la construcción del sistema sanitario, y eso pasa por dar un espacio en la autogestión de los centros de salud.

El programa de este año os invita a pasear por el optimismo a través de la ciencia. Queremos expresar nuestro agradecimiento a los comités, grupos de trabajo, programas y sociedades federadas, y todas las personas que hacen posible que esta gran celebración se haga realidad cada año.

Somos una sociedad con carácter, con personalidad propia, que a pesar de los tiempos, de las dificultades y de los obstáculos, hoy está aquí para reivindicar el optimismo. Decía Mario Benedetti que hay que «defender la alegría como una trinchera». En eso estamos.

Te doy la bienvenida al Congreso. Disfruta de Bilbao.



Josep Basora Gallisà
Presidente de la semFYC

Bilbao 2012 ¡Súbete!

Queridos compañeros:

Los cambios tecnológicos, sociodemográficos y económicos actuales nos obligan a reflexionar y a debatir sobre cómo debe evolucionar la Medicina de Familia a partir de ahora y sobre el tipo de médico de familia que necesita la sociedad del siglo XXI.

La actual crisis económica ha reactivado el debate sobre la sostenibilidad del sistema sanitario. Nos parece que las soluciones no pasan por los recortes, sino por la reforma y readecuación del sistema para atender a una población cada vez más envejecida y con necesidades sociosanitarias más complejas, y donde una atención coordinada es prioritaria.

Creemos que esta reforma pasa por favorecer una Atención Primaria responsable y resolutive. También creemos que el uso adecuado y eficiente de la tecnología sanitaria (diagnóstica y terapéutica) es consustancial a nuestra práctica, independientemente de la existencia de cualquier crisis.

Este rigor que exigimos, y que se nos exige en nuestro quehacer diario, es extensible a todas y cada una de las soluciones organizativas que están proponiendo los responsables de nuestros sistemas de salud.

Estas ideas e inquietudes han guiado la programación de nuestro Congreso de Bilbao, que hemos preparado los Comités Organizador y Científico bajo el lema «Súbete a Bilbao».

Hablaremos mucho de «evidencia» en este Congreso. Victor Montori tratará sobre ella en la conferencia inaugural acerca de la toma de decisiones con pacientes. La reclamaremos en el diálogo sobre la organización a la atención a los pacientes crónicos que mantendremos con Rafael Bengoa, consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Creemos que el papel de los responsables de Sanidad tiene que ir más allá de su presencia testimonial en actos de inauguración o clausura como los de nuestro Congreso.

Pero también repasaremos a la luz de la evidencia la exploración física, el tratamiento de la osteoporosis, el uso de antibióticos, las actualizaciones en asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la variabilidad en atención a los pacientes crónicos.

Debatiremos sobre nuevos modelos de atención e integración de niveles en el tratamiento de la depresión, en la atención al niño o a los pacientes oncológicos.

Asimismo, en un momento en que parece que las tecnologías de la información y comunicación (TIC) se presentan como «solución para todo», reflexionaremos sobre la distancia existente entre moda y realidad.

Este año, en las mesas de programas y secciones semFYC («PAPPS, PACAP, Vasco de Gama, AMF» y «Comunicación y salud»), se debatirá largo y tendido sobre la necesidad de las actividades preventivas y sus excesos y sobre la autorresponsabilidad y capacitación del paciente.

Nuestros pacientes necesitan profesionales bien formados que sepan resolver sus problemas de salud. Y los médicos de familia necesitamos generar conocimiento propio a través de la investigación. Comprobaremos si vamos por buen camino examinando las exposiciones del foro docente y del foro de investigación; pero sobre todo con la selección, entre las cientos de enviadas, de las comunicaciones presentadas en esta edición del Congreso. Los congresos y las reuniones científicas también se enfrentan a crisis y cambios. Por eso hemos planteado un debate sobre el modelo de congresos que queremos, que realmente es la imagen en espejo del modelo de sociedad científica que queremos ser.

Queremos dar las gracias a todos los que han decidido «subirse» a Bilbao. Esperamos que disfruten con amigos y colegas en una ciudad que favorece la inspiración, la renovación y el cambio.

Al final del siglo pasado, nuestra ciudad supo elegir su futuro apostando por la modernidad en su desarrollo. Nosotros esperamos poder decir lo mismo de la medicina de familia después de este Congreso.



Susana Martín Benavides
Presidenta Comité Organizador



Rafael Rotaache del Campo
Presidente Comité Científico

Índice por temas

Actos de inauguración y clausura.....	8
Mesas	
Mesa 1. La exploración física basada en la persona, el síntoma y la evidencia	9
Mesa 2. Atención compartida al paciente oncológico.....	12
Mesa 3. Antibióticos en las infecciones respiratorias. ¿Dónde está el límite?.....	15
Mesa 4. Atención a la salud mental desde Atención Primaria: ¿cómo mejorar?	18
Mesa 5. Manejo de pacientes crónicos y variabilidad en Atención Primaria: la construcción de la torre de Babel	23
Mesa 6. Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en sanidad: ni contigo ni sin ti	27
Mesa 7. Tratamiento antiosteoporótico y práctica clínica	30
Mesas de programas y secciones semFYC	
Mesa PAPPS.....	34
Mesa PACAP. Capacitación en salud de la población a través de la participación comunitaria.....	36
Mesa AMF. Toda la vida se ha hecho así «Cuando prevenir vale más que curar»	43
Mesa-Taller Comunicación y salud. Empoderamiento del paciente a través de la comunicación: las perspectivas de la toma de decisiones compartida, la entrevista motivacional y atención familiar.....	48
Mesa Vasco da Gama. Compromiso y realidad de la Medicina Familiar y Comunitaria en Europa: ¡participa!	52
Debates	
Debate 1. Niños en Atención Primaria: ¿son trabajo del médico de familia?.....	53
Debate 2. La autonomía del paciente: de la teoría a la realidad.....	54
Debate 3. ¿Qué modelo de congreso queremos?	56
Debate 4. El reto de la atención a la cronicidad: un diálogo acerca del papel de la Atención Primaria	56
Actualizaciones	
Actualización 1. Actualización en asma y EPOC.....	59
Actualización 2. Novedades en la gestión de incapacidad temporal.....	61
Foro de investigación	
Resultados de investigación innovadores en Atención Primaria	64
Mesa 1. ¿Cómo conseguir publicar en revistas de Atención Primaria de impacto?	67
Mesa 2. Buscando compañeros de viaje en investigación	72
Taller 1. Metodología <i>Breakthrough Series</i> (BTS) para puesta en marcha y desarrollo de un proyecto colaborativo ...	73
Taller 2. Revisión bibliográfica para un proyecto de investigación.....	73
Aula docente	
Mesa 1. Herramientas para la evaluación formativa del residente	74
Taller 1. Valores en Medicina Familiar y Comunitaria.....	77
Taller 2. Cómo hacer observación directa en la consulta: Mini-CEX	77
Taller 3. Ensayo general asesorado de tu comunicación	78
Talleres de habilidades	
Talleres de 2 horas	
TH2.01. EPOC: Del ostracismo a las páginas de actualidad; de la teoría a la práctica clínica.....	78
TH2.02. Medicalización de la vida.....	79
TH2.03. Exploración física basada en la evidencia	79
TH2.04. Mójate con el alcohol: taller de intervención breve	79
TH2.05. Abordaje del deseo sexual hipoactivo en Atención Primaria. ¿Te atreves?.....	79
TH2.06. ¿Qué sabemos de la seguridad del paciente en Atención Primaria? ¿Cómo empezar?	80
TH2.07. La enfermedad de Alzheimer: sospecha y abordaje de la fase inicial en Atención Primaria	80
Talleres de 4 horas	
TH4.01. Manejo de la polimedición en el anciano	80
TH4.02. Urgencias cardiovasculares en Atención Primaria	81
TH4.03. Dermatoscopia en consulta	81
TH4.04. Web 2.0 y otros recursos de internet: herramientas para la gestión del conocimiento científico	81

Encuentros con expertos y otras actividades

Encuentro con expertos 1 (Interactivo). Rol de la Atención Primaria en el consenso sobre el tratamiento al alta hospitalaria del paciente con hiperglucemia. Cuestiones prácticas	83
Encuentro con expertos 2. Dolor osteoarticular crónico: necesidad de nuevas estrategias.....	83
Encuentro con expertos 3. Guía española para la EPOC: GesEPOC, un nuevo y necesario abordaje del paciente con EPOC.....	83
Encuentro con expertos 4. Objetivo C-LDL < 70 mg/dl en diabéticos y coronarios. ¿En España también?.....	83
Sesión práctica 1. Casos clínicos: prevención de ictus en la práctica real. Responsabilidad compartida del médico de familia y el cardiólogo	84
Sesión práctica 2 (Interactiva). Dermatología en Atención Primaria	84
Sesión práctica 3. Estrategias de insulinización	84
Sesión práctica 4 (Interactiva). Inhaladores: viejos problemas, nuevas propuestas	84
Sesión práctica 5 (Interactiva). Toma decisiones en osteoporosis	84
Sesión práctica 6. Seguridad del paciente: uso seguro de genéricos	84
Sesión práctica 7. Control del paciente asmático: taller de manejo de los dispositivos de inhalación	85
Sesión práctica 8 (Interactiva). Del ECG al ecocardiograma: taller interactivo basado en casos clínicos	85
Sesión práctica 9. Interpretación básica del fondo de ojo: lesiones básicas	85
Comunicaciones orales	86
Comunicaciones póster.....	128
Actividades semFYC	
Presentación. Manejo de las dislipemias en Atención Primaria	157
Presentación. Más de 150 respuestas sobre Incapacidad Temporal	157
Presentación. Criterios de derivación para Atención Primaria de la incontinencia urinaria.....	157
Presentación. Observatorio de Enfermedades Crónicas	157
Presentación. Novedades editoriales de la semFYC.....	158
Asamblea de compromisarios/socios y socias semFYC	158
Espacio solidario semFYC.....	158

Descripción de actividades científicas

Actos de inauguración

Miércoles, 13 de junio de 2012
Palacio de Congresos y de la Música
Euskalduna Jauregia
Planta 0 / Auditorio

Conferencia inaugural

Medicina mínimamente impertinente
18.45-19.30 h



Víctor M. Montori, MD, MSc
Profesor de Medicina, Mayo Clinic Rochester, Minnesota

Resumen

Uno de los problemas más importantes de la medicina contemporánea es el que plantea la falta de aplicación de la evidencia científica en la práctica clínica. La responsabilidad por la pérdida de valor y por la reducción del impacto prometido por los avances científicos recae en los sistemas, los clínicos, y los pacientes. En especial, sobre los pacientes que no cumplen con las instrucciones que los clínicos les dan en cuanto a tomar medicinas, participar en evaluaciones y asistir a la consulta. En general, hay una evidencia que apoya la noción de que los conocimientos y creencias del paciente—alguno de los cuales puede ser erróneo o estar distorsionado— pueden explicar el comportamiento de los mismos en cuanto al consumo de medicamentos. Esto ha llevado a muchos a pensar que el problema de adherencia es un problema educativo o de comunicación. Por ello, las soluciones a esta cuestión pasan por mejorar la educación de la población y la comunicación médico-paciente, por favorecer la participación del paciente en la toma de decisiones y su educación. Lo que no sirve es la amenaza violenta. Otro aspecto que no es de gran ayuda es creer que todos los pacientes que no siguen indicaciones médicas o dejan de hacer lo que se decidió con el médico son ignorantes. Es más, quizás el grupo que más se identifica con los éxitos y frustraciones de la medicina moderna son los pacientes con enfermedades crónicas. En especial, los pacientes con tres o más condiciones tienden a consumir servicios de salud y a generar costes al sistema de manera desproporcionada a su número. Estos mismos pacientes tienden a acumular intervenciones de salud que, si bien son apropiadas para cada una de las condiciones que los aqueja, en conjunto representan una pesada carga para el paciente crónico y su familia. El paciente crónico moderno es el sujeto de muchas guías prácticas, pero a la vez de ninguna. Cada guía práctica enfoca la atención sobre una de las condiciones, y lo hace además de manera intensiva. Así pues, el

paciente con varias enfermedades crónicas se encuentra con instrucciones que buscan intensificar su manejo: uso de varios medicamentos a dosis altas, exámenes para monitorizar el efecto deseado y los efectos adversos de estas intervenciones, visitas y problemas administrativos asociados a estos requisitos (visitas al consultorio, al hospital de referencia, a la farmacia, al laboratorio, gestiones para acceder a los servicios, organizar ayuda, transporte, entre otros). Esta gran presión para que se intervenga, y para que se haga de forma precoz (lo que convierte pre-enfermedades en enfermedades que ya requieren tratamiento) y de forma agresiva, es particularmente intensa en aquellos pacientes que acumulan más de una de estas condiciones. Su origen es materia de controversia. Una forma de entender este fenómeno desde la visión del paciente es considerar que el enfermo (y su sistema de apoyo logístico, por ejemplo, su familia) tiene una capacidad finita para entender, organizar, ejecutar y evaluar el trabajo de ser paciente. Cuando esa capacidad es excedida por la carga de trabajo, porque su capacidad se ha visto disminuida (por enfermedad, problemas económicos, aislamiento social) o porque la carga ha aumentado muy rápido o a niveles insostenibles, entonces el paciente disminuye su acceso y uso de las intervenciones sanitarias. Por tanto, es necesario diagnosticar la capacidad y la carga de trabajo que tiene el paciente crónico; entender cuáles son sus objetivos de vida y sanitarios; priorizar las intervenciones más capaces de lograr estos objetivos e implementarlas de manera que causen mínima impertinencia en la vida de los pacientes. Porque para ellos, perseguir y lograr sus sueños y cuidar de los suyos es una actividad más importante que gastar el día cuidando de su salud. A este enfoque lo llamamos «medicina mínimamente impertinente o disruptiva».

Acto inaugural

19.45-20.30 h

Encuentro de bienvenida

20.30-20.45 h

Véase más información en página 160.

Actos de clausura

Viernes, 15 de junio de 2012

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia
Planta 0 / Auditorio

Entrega de premios

17.30-18.00 h

Véase relación de premios en pág. 154.

Clausura institucional

18.00-19.00 h

Incluye *Clownclusiones* a cargo del grupo OIHULARY CLOWN.

Mesas

MESA 1

La exploración física basada en la persona, el síntoma y la evidencia

Viernes, 15 de junio / 09.30-11.30 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A1

Moderadora:

Verónica Casado Vicente

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutora. Profesora asociada. Universidad de Valladolid. CS Universitario Parquesol. Presidenta de la Comisión Nacional de MFyC. Coordinadora del manual de semFYC «Exploración física basada en la persona, el síntoma y la evidencia».

Ponentes y contenido:

1. La exploración física basada en la evidencia en la práctica de la Medicina Familiar y Comunitaria
Javier Zamora Romero

Unidad de Bioestadística Clínica. Instituto Ramón y Cajal de Investigaciones Sanitarias (IRYCIS) y CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

2. La exploración física en el aprendizaje de alumnos y residentes de Medicina Familiar y Comunitaria
Ferran Cordón Granados

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor asociado Universidad de Girona. CAP Montilivi (EAP Girona 3). Jefe de Estudios de la Unidad Docente de MAFyC de Girona. Director del Centro de habilidades y simulación clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de Girona. Miembro del comité editorial del manual de la semFYC «Manual de exploración física. Basado en la persona, el síntoma y la evidencia».

3. Desde la búsqueda de la evidencia hasta la investigación en exploración física
Juan Antonio Sánchez Sánchez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de MBE de la smuMFyC. Coordinador del servicio de PREVID de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Editor colaborador del manual de la semFYC «Manual de exploración física. Basado en la persona, el síntoma y la evidencia».

Resumen

«La medicina es el arte de las probabilidades y una ciencia de la incertidumbre.»

William Osler

El examen clínico constituye el eje central de nuestra relación asistencial y es para el médico de familia una de sus herramientas más valiosas. Sin embargo, algunos pacientes piensan: «¿Por qué los médicos ya no nos tocan?» (blog de Marc Zaffran/Martin Winkler). Las razones para explorar siguen siendo muy potentes: su efectividad y eficiencia, la posibilidad de hacer observaciones seriadas, la detección temprana de signos cardinales, la selección inteligente y bien dirigida de la costosa tecnología diagnóstica y el valor terapéutico del contacto físico entre médico y paciente, y aun así exploramos menos y tenemos dudas de su valor. El

hecho de que la tecnología sea tan accesible, la falta de tiempo, el contexto de incertidumbre, la multiplicidad de motivos de consulta, el predominio de situaciones clínicas no reducibles a categoría específica, la sensación de que hay demasiado «folclore médico» en torno a la exploración y la probabilidad a priori de que el paciente esté grave han hecho y hacen que una de las herramientas clave para el médico de familia se observe con una mezcla entre el deseo y el desprestigio. Deseo y necesidad de herramientas que faciliten nuestra labor y desprestigio de herramientas que se revelan como poco útiles y consumidoras de un tiempo del que no disponemos. Sin embargo, hay exploraciones que no son eficientes y las seguimos haciendo y otras que tienen cocientes de probabilidad alta para aproximarnos al diagnóstico de un síntoma o una enfermedad que no hacemos ¿Cuáles son, dónde encontramos sus evidencias, cómo se hacen, cómo las enseñamos? ¿Qué debemos investigar y cómo? El examen físico centrado en el paciente, en su problema y basado en las evidencias científicas constituye un reto para la asistencia, para la docencia y para la investigación.

1. La exploración física basada en la evidencia en la práctica de la Medicina Familiar y Comunitaria
Javier Zamora Romero

El primer contacto de un paciente con el sistema sanitario suele ser en el nivel asistencial de Atención Primaria y desencadena estrategias dirigidas a reducir la incertidumbre alrededor del problema de salud que pudiera estar presente. En estas estrategias se interroga al paciente, indaga y se realizan maniobras de exploración física con el fin de identificar y clasificar el problema de salud en cuestión para poder seleccionar el abordaje más adecuado para el manejo del paciente. Este arte de reducir la incertidumbre sobre los síntomas, los signos y la condición nosológica de un paciente es un arte basado en seleccionar las preguntas, las maniobras de exploración y las pruebas diagnósticas más eficientes para este manejo de la incertidumbre, junto con el arte de interpretar los resultados de la forma más adecuada. Se persigue finalmente situar al paciente, con su condición clínica, más allá de unos umbrales de certeza que justifiquen una toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Aunque este proceso con frecuencia alcanza elevados grados de complejidad, sirva para esta introducción reducir la situación a un contexto de la toma de dos decisiones para las que existen los correspondientes umbrales que las delimitan. Estas decisiones pueden adoptar, por un lado, una actitud observante para el problema, junto con una estrategia terapéutica para aplacar los síntomas (por ejemplo, el dolor). Por otro lado, supóngase la otra decisión de solicitar pruebas diagnósticas ulteriores para tratar de confirmar o descartar una determinada patología. Esta simplificación puede reflejar, por ejemplo, el caso de un adolescente que consulta porque en el curso de su clase de educación física en el instituto sufrió un traumatismo leve en el pie medio derecho y acude con dolor, aumento de volumen y equimosis. La incertidumbre sobre la presencia o no de una fractura en el maléolo o en el pie medio puede reducirse con la aplicación de las reglas de Ottawa¹. Estas reglas constituyen una sencilla maniobra de exploración que ha demostrado una alta sensibilidad, con lo que de acuerdo a la conocida regla nemotécnica SnNout-SpPin propuesta hace años en el contexto de la enseñanza y la práctica de la medicina basada en la evidencia², podría concluirse que un resultado negativo en la exploración excluiría virtualmente la presencia de una fractura. Esta aproximación nemotécnica sobre la rentabilidad diagnóstica de una prueba, a

pesar de su atractivo por su inmediatez y sencillez, podría no ser completamente adecuada. Por un lado, podría ocultar el efecto de algunos sesgos durante la evaluación de la validez de la prueba (sesgo de incorporación, sesgo de verificación parcial o diferencias en el espectro de la enfermedad, entre otros)³ y, por otro lado, el verdadero valor de la rentabilidad de esta maniobra diagnóstica reside en su potencial de modificar la probabilidad a priori de que el paciente presente la condición que se diagnostica en una probabilidad a posteriori tras la aplicación del conocido teorema de Bayes. Este potencial para modificar la probabilidad a priori tras el resultado de la prueba, aumentándola más allá del umbral tras el cual se confirmaría que la condición está presente, o disminuyéndola por debajo de un umbral a partir del cual se descartaría la presencia de la patología estudiada, debe valorarse teniendo en cuenta simultáneamente los dos índices habituales de validez diagnóstica: la sensibilidad y la especificidad. Los cocientes de probabilidad positivo y negativo son los índices de validez diagnóstica que realizan esta transformación bayesiana⁴. Un potente cociente de probabilidad negativo, tan bajo como el estimado para las reglas de Ottawa, del orden de 0,08¹ hace que ante un resultado negativo pueda descartarse con seguridad la presencia de fractura, y situar la probabilidad a posteriori de que el paciente tenga una fractura por debajo del umbral de decisión de no realizar ninguna exploración radiológica.

La evaluación de la validez diagnóstica de las exploraciones físicas requiere un cuidadoso diseño de investigación, generalmente transversal, que deberá evitar que los resultados de la evaluación estén sesgados hacia sobrevaloraciones o infravaloraciones de la verdadera utilidad de la exploración. Se han descrito numerosos mecanismos de sesgo, y muchos de ellos han demostrado empíricamente tener un impacto en la evaluación del valor de la prueba, en general sobrestimando su validez o su reproducibilidad⁵. Es importante que la implantación de una determinada exploración física en la práctica clínica venga precedida de una evaluación pormenorizada de todos los aspectos clave, desde su reproducibilidad hasta su validez diagnóstica y, finalmente, su impacto tanto sobre el juicio diagnóstico como sobre el manejo del paciente y, en último término, el impacto sobre los resultados de salud y sobre la sostenibilidad del propio sistema. Este planteamiento secuencial de la evaluación debe contemplar igualmente el efecto que pudiera tener sobre la utilidad de la prueba aspectos como la prevalencia de la condición que se diagnostica. Finalmente, el ejercicio de evaluación debe considerar la ruta clínica diagnóstica donde se sitúa la maniobra diagnóstica en cuestión, que en el caso de la exploración física suele situarse como prueba de selección para otras pruebas posteriores más agresivas o de mayor coste⁶.

Referencias bibliográficas

1. Bachmann LM, Kolb E, Koller MT, Steurer J, Ter Riet G. Accuracy of Ottawa ankle rules to exclude fractures of the ankle and mid-foot: systematic review. *BMJ*. 2003;326(7386):417-419.
2. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Medicina Basada en la Evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE*. Madrid: Churchill Livingstone España; 1997.
3. Pewsner D, Battaglia M, Minder C, Marx A, Bucher HC, Egger M. Ruling a diagnosis in or out with «SpIn» and «SnNOut»: a note of caution. *BMJ*. 2004;329:209-13.
4. Deeks JJ, Altman DG. Diagnostic tests 4: likelihood ratios. *BMJ*. 2004;329:168-9.
5. Rutjes AW, Reitsma JB, Di Nisio M, Smidt N, Van Rijn JC, Bossuyt PM. Evidence of bias and variation in diagnostic accuracy studies. *CMAJ*. 2006;174(4):469-76.

6. Bossuyt PM, Irwig L, Craig J, Glasziou P. Comparative accuracy: assessing new tests against existing diagnostic pathways. *BMJ*. 2006;332(7549):1089-92.

2. La exploración física en el aprendizaje de alumnos y residentes de Medicina Familiar y Comunitaria

Ferran Cordón Granados

Posiblemente deberíamos asumir, mucho más de lo que lo hacemos, la potencialidad que tiene la exploración física (EF) como prueba diagnóstica en Atención Primaria. Se debería considerar que es una herramienta esencial en nuestra práctica y tan potente como la entrevista clínica. Es curioso el hecho de que formamos específicamente a nuestros residentes para realizar entrevistas, pero no existe, en general, la misma herramienta en EF. Es frecuente que al abordar problemas de salud cuyo diagnóstico podríamos prácticamente establecer mediante una correcta EF, los médicos no nos levantemos de nuestro sillón y en general pasemos directamente a pedir pruebas complementarias. Los motivos por los cuales seguimos este procedimiento son muy diversos: por disponer de poco tiempo, pereza, rutina, porque los pacientes nos reclaman más abordaje tecnológico, por desconocer cómo se realiza de forma correcta y sistematizada la EF, por no saber que la rentabilidad y utilidad posee...

En cambio, a veces hacemos EF (algunos lo llaman folclore exploratorio) que no poseen un adecuado cociente de probabilidad y, por tanto, su utilidad es prácticamente nula. Se trata de exploraciones que aprendimos en época de estudiantes o de residentes, algunas de las cuales vimos cómo las ponían en práctica nuestros tutores y profesores y ante las que no nos preguntamos si en verdad nos sirven para establecer el diagnóstico. Deberíamos, por tanto, utilizar aquellas pruebas diagnósticas o técnicas exploratorias que hayan sido evaluadas en estudios y que nos ayuden a realizar el diagnóstico del problema que presenta el paciente. Por ejemplo, ¿por qué no nos preguntamos qué tendrá mayor rendimiento para establecer el diagnóstico, si realizar la prueba de McBurney o la de Rovsing ante un dolor abdominal en el que sospechamos una apendicitis aguda?

En el caso particular de que además de llevar a cabo nuestra práctica asistencial debamos formar a graduados de medicina o residentes, a todo lo anterior se le sumará la necesidad de utilizar la metodología más adecuada y efectiva. Ya en 1962, Dubin describió que en la adquisición de una competencia o habilidad –se podría trasladar perfectamente a un médico en formación– se produce un ciclo que va desde la incompetencia inconsciente hasta la competencia consciente. Para poder ayudar a avanzar en las distintas fases del ciclo deberemos utilizar herramientas de aprendizaje diferentes: vigilancia atenta, comunicación, soporte, *feedback*, práctica... Es bien sabido que el objetivo final de la adquisición de una competencia o habilidad sería saberla realizar perfectamente (zona más alta de la pirámide de Miller), y esto se logra mediante la adquisición de conocimiento, actuando y practicando. En el caso de estudiantes, deberíamos emplear las metodologías más efectivas para aprender; una clase magistral sirve para asimilar un 5% de lo que se ha transmitido, mientras que las sesiones de discusión ayudan a adquirir un 50% de los objetivos marcados, si bien las de mayor rentabilidad serían las prácticas guiadas por tutores (75%) y aprender de otros (rotaciones) (> 90%). En base a este conocimiento se debería orientar el aprendizaje hacia la utilización de estas técnicas.

En el caso de la EF, se han realizado experiencias en las cuales son los propios estudiantes los que practican entre ellos

la aplicación de las técnicas que se consideran de mayor utilidad. Tecnológicamente, a los estudiantes se le puede facilitar material que pueden utilizar cuando realizan la práctica o más tarde desde cualquier ordenador, ya sea en la facultad o en su domicilio. Hoy día pueden incluso ver y escuchar cualquier grabación desde un teléfono móvil o una tableta. Existen experiencias consistentes en grabar la práctica para posteriormente valorarla (adjuntando *check-lists* específicos) o bien aprovechar técnicas de *feedback*. Cada vez más, se están utilizando en las facultades de medicina técnicas de simulación mediante simuladores (tacto rectal, exploración vaginal, otoscopia, auscultación cardiopulmonar...), pacientes simulados o maniquís.

Nuestro objetivo es que tanto los estudiantes como los residentes (sobre todo en el primer y segundo año) que deban adquirir una habilidad, la adquieran con pacientes reales cuando tengan los conocimientos y hayan realizado las prácticas con simulaciones; para ello se recomienda seguir cinco etapas:

- Asegurar el papel del modelo clínico centrado en el paciente: el tutor (tras presentar al estudiante) muestra la habilidad dirigiendo en todo momento la explicación al paciente. Puede permitir alguna pregunta al estudiante/residente (E/R).
- Proporcionar instrucciones: el tutor desarrolla la habilidad y dirige su explicación al paciente, pero proporciona una explicación más técnica al E/R.
- Ensayar para asegurar la protección del paciente: es el E/R el que da una explicación al tutor cuando este último finaliza analizando cómo se debe aplicar la técnica.
- Realizar la práctica supervisada: con el permiso del paciente y explicando las acciones a este de la misma forma a como tuvo lugar en la primera fase, el E/R lleva a cabo la exploración.
- Capacitar para la realización: se permite al E/R realizarla solo.

Conclusiones:

Deberemos aprovechar la mejor metodología docente disponible y adaptarla al aprendizaje del estudiante o residente.

El aprendizaje siempre debe estar centrado en el paciente y en el que aprende.

Existen actualmente muchas herramientas tecnológicas que pueden ayudar a los estudiantes o residentes a adquirir y mejorar sus habilidades.

Como médicos de familia, debemos integrar la exploración física en la labor diaria.

Bibliografía

- Reilly BM. Physical examination in the care of medical inpatients. *Lancet*. 2003;362:1100-5.
- Heneghan C, Glasziou P, Thompson M, Rose P, Balla J, Laserson D, et al. Diagnostic strategies used in primary care. *BMJ*. 2009;338:1003-6.
- P. Dubin. *Human Relations in Administration*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1962.
- McGee S. *Evidence based physical diagnosis*. 2.a ed. Missouri: Saunders Elsevier; 2007.

3. Desde la búsqueda de la evidencia hasta la investigación en exploración física

Juan Antonio Sánchez Sánchez

Cuando un paciente nos consulta por presentar un ojo rojo agudo, para poder establecer con los datos clínicos el grado

de certeza diagnóstica de conjuntivitis bacteriana, nos hace falta contar con diferentes piezas información:

- ¿Qué probabilidad tiene de que la causa de su sintomatología sea una conjuntivitis bacteriana (prevalencia o probabilidad preprueba)?
- ¿Cuál es la fiabilidad en la interpretación de las observaciones clínicas (concordancia interobservador o intraobservador)?
- ¿Cuál será la utilidad de los datos recogidos en la consulta: conjuntiva roja, prurito, secreción unilateral y de su combinación (sensibilidad y especificidad resumidos en el cociente de probabilidad con sus intervalos de confianza).

Con esta información podremos aproximarnos a la probabilidad de que tenga, o no, una conjuntivitis bacteriana (valores predictivos) y tomar la mejor decisión diagnóstica o terapéutica. Sin embargo, para este problema tan frecuente y sobre el que se toman decisiones a diario, como para otros muchos, la realidad es que carecemos de casi toda esa información.

Necesidad de contar con información generada en Atención Primaria

Para que los datos que precisamos sean de utilidad, deben provenir de investigaciones que cuenten con un espectro de pacientes como los que atendemos a diario. Los estudios realizados con pacientes muy seleccionados pueden ofrecer valores distorsionados de la validez de las pruebas. Así, un estudio para establecer el diagnóstico de infección urinaria comprobó que la sensibilidad de la tira reactiva de orina, frente al cultivo, era del 92 % en los pacientes más graves y del 56 % en los más leves¹. Si un médico de familia aplica los resultados de pruebas diagnósticas cuya validación se ha realizado en un nivel muy especializado, puede sobreestimar el significado los resultados negativos de la prueba².

El trabajo producido en la elaboración del manual de exploración física, de búsqueda e interpretación de estudios de validación diagnóstica para numerosos problemas de salud nos ha permitido alcanzar una serie de conclusiones que resumimos a continuación.

1. Es difícil buscar la información publicada sobre validez de exploración física

Aunque el número de revisiones sistemáticas sobre exploración física incluidas anualmente en Medline se ha triplicado desde 2001 hasta llegar a 990 en 2011, son todavía muchos más numerosos los problemas de salud cuyas necesidades de información no están cubiertas que los que cuentan con todas las piezas de información que se precisa. Los libros y tratados clásicos de exploración física no han variado en cuanto al contenido, salvo excepciones, en los últimos cincuenta años, y siguen incluyendo descripciones de los signos a realizar por aparatos, o por patología. Hay revistas en las que periódicamente aparecen excelentes revisiones de lo que se ha publicado (como la serie de examen clínico racional de *JAMA*, o «Explorando...» de *AMF*), pero el conjunto de problemas de salud revisado es aún muy limitado. En Medline es difícil de localizar lo que hay publicado sobre validación de semiología. Con el descriptor MESH «Physical examination» solo se recuperan el 25 % de los artículos de interés³. Recientemente se ha desarrollado un filtro que se ha mostrado eficiente en la obtención de artículos sobre exploración física y diagnóstico³, aunque el número de artículos que es necesario que cada uno lea para que aporte datos de utilidad es elevado (19 cuando lo hemos aplicado para asma y auscultación respiratoria).

2. La información publicada es escasa y de baja calidad

La investigación sobre pruebas diagnósticas es reducida y de peor calidad que la realizada sobre la eficacia de las intervenciones. Si examinamos los estudios que validan los datos de la historia clínica y de la exploración física, esta calidad disminuye aún más⁴. No se suelen tener en cuenta los aspectos fundamentales que hay que analizar en la calidad de un estudio^{5,6}, que son la selección adecuada de los pacientes, la realización en todos los casos del patrón de referencia y la comparación ciega e independiente entre este y la prueba a validar. La norma de STARD, adaptada a estudios de validación de exploración física⁷, añade como imprescindibles que se describa el procedimiento de cálculo de tamaño de la muestra y que contenga el diagrama de flujo de los pacientes.

3. Hay importantes necesidades de información no cubiertas

Desconocemos la prevalencia de los principales diagnósticos entre pacientes que consultan con determinados síntomas, la fiabilidad de la exploración clínica y la utilidad de signos de exploración para establecer o descartar el diagnóstico. Con el trabajo realizado en la elaboración del manual hemos dibujado parte del mapa que está aún por explorar. Como ejemplo podemos citar la muy baja concordancia entre clínicos experimentados en cuanto a la auscultación de crepitantes en pacientes atendidos en Urgencias hospitalarias por sospecha de neumonía⁸ (test de Kappa de 0,24) y que sorprendentemente son muy pocos los estudios posteriores que exploran el mismo tema: no hemos localizado ninguno que analice la concordancia interobservador entre médicos de familia en un contexto de Atención Primaria.

4. Es el momento de realizar una investigación de calidad y multicéntrica sobre exploración física en Medicina Familiar y Comunitaria

Por tanto, es necesario contar con mucha más investigación de calidad en este campo. Estos estudios deben ser prioritarios en la agenda de investigación y se han de superar barreras como el cuestionamiento de la autoridad y del método clínico tradicional⁴, que pueden suponer los hallazgos de este tipo de investigación. Es imprescindible establecer una rigurosa metodología en su ejecución y lograr una muestra suficiente mediante el planteamiento de estudios multicéntricos. Sería aconsejable retomar y adaptar a nuestro contexto la iniciativa internacional que surgió al final de la década de 1990⁴ y, siguiendo el camino emprendido por la semFYC con la edición del manual de exploración física, estimular la realización de revisiones sistemáticas de calidad que integren las sinopsis y síntesis en herramientas informatizadas y fácilmente accesibles a los médicos de familia⁹.

Referencias bibliográficas

1. Lachs MS, Nachamkin I, Edelstein PH, Goldman J, Feinstein AR, Schwartz JS. Spectrum bias in the evaluation of diagnostic tests: lessons from the rapid dipstick test for urinary tract infection. *Ann Intern Med.* 1992 Jul 15;117(2):135-40.
2. Leeflang MM, Bossuyt PM, Irwig L. Diagnostic test accuracy may vary with prevalence: implications for evidence-based diagnosis. *J Clin Epidemiol.* 2009;62(1):5-12.
3. Shaikh N, Badgett RG, Pi M, Wilczynski NL, McKibbin KA, Ketchum AM, Haynes RB. Development and validation of filters for the retrieval of studies of clinical examination from medline. *J Med Internet Res.* 2011;13(4):e82.
4. McAlister FA, Straus SE, Sackett DL. Why we need large, simple studies of the clinical examination: the problem and a proposed solution. CARE-COAD1 group. *Clinical Assessment of the Reliability of the Examination-Chronic*

Obstructive Airways Disease Group. *Lancet.* 1999;354(9191):1721-4.

5. Abraira V, Zamora J. Criterios de calidad de los estudios sobre pruebas diagnósticas. *FMC.* 2008;15(7):460-83.
6. Straus Sh E, Glasziou P, Richardson WS, Haynes RB, Evidence-Based Medicine. *How to practice and teach it.* Churchill Livingstone-Elsevier. 4.a edición. Londres; 2011.
7. Simel DL, Rennie D, Bossuyt PM. The STARD statement for reporting diagnostic accuracy studies: application to the history and physical examination. *J Gen Intern Med.* 2008; 23(6):768-74.
8. Wipf JE, Lipsky BA, Hirschmann JV, Boyko EJ, Takasugi J, Peugeot RL, Davis CL. Diagnosing pneumonia by physical examination: relevant or relic? *Arch Intern Med.* 1999 May 24;159(10):1082-7.
9. Richardson WS. We should overcome the barriers to evidence-based clinical diagnosis! *J Clin Epidemiol.* 2007;60(3):217-27.

MESA 2

Atención compartida al paciente oncológico

Jueves, 14 de junio / 15.30-17.30 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia. Planta 0 / Auditorio

Moderador:

Roberto Bernal Bernal

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. CS de Puerto Real. Cádiz. GdT de Atención Oncológica de la SAMFyC.

Ponentes y contenido:

1. La atención compartida al paciente oncológico en el entorno internacional

Fernando López Verde

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. CS Delicias. Málaga. Coordinador del GdT de Atención Oncológica de la SAMFyC.

2. Luces y sombras de un proyecto de atención oncológica compartida en Andalucía. Resultados preliminares

Miguel Ángel Prados Quel

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. CS Cartuja. Granada. GdT de Atención Oncológica de la SAMFyC.

3. Protocolos de seguimiento de Patología Oncológica prevalente desde Atención Primaria

Raquel Correa Generoso

Médico especialista en Oncología Radioterápica. Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción

Roberto Bernal Bernal

El aumento y la incidencia de los procesos oncológicos, vinculados a un incremento de los factores de riesgo, así como el envejecimiento de la población sumado a la mejora de las estrategias diagnósticas y terapéuticas, hace que cada día tengamos más pacientes que padecen o han padecido, ellos o sus familiares, al menos una experiencia relacionada con el cáncer. Todas estas circunstancias han originado que la atención al paciente oncológico deba ser considerada una de las demandas más frecuentes dentro de las patologías crónicas que el médico de familia ve cotidianamente en su consulta.

La participación de estos especialistas en el manejo del cáncer tradicionalmente se enmarca en la detección precoz, las actividades de prevención primaria y secundaria o los cuidados paliativos. Una vez diagnosticado, el paciente generalmente queda a cargo de los especialistas del hospital, mientras que el papel del médico de Atención Primaria consistirá en ser un mero consultor, receptor de informes clínicos llevar a cabo un seguimiento expectante de la evolución del paciente, por lo general, seguirá acudiendo a la consulta por otro tipo de patologías intercurrentes de forma más o menos continuada, así como para plantearnos diferentes cuestiones y dudas respecto a su enfermedad o para pedir consejo (manejo de secuelas, desgaste psicológico, reincorporación a la vida laboral, social...). Cada vez más debido a los avances de la medicina, este período se va alargando en el tiempo; por ello los médicos de Atención Primaria comienzan a reclamar un papel más activo en este proceso, tanto en nuestro país como en los de nuestro entorno. Por otra parte, la continuidad asistencial y el carisma dado a los médicos de familia como referentes directos, garantes de la historia de salud de los pacientes, exigen pensar en la atención compartida entre niveles. Esto plantea una serie de cuestiones y dificultades que es preciso evaluar antes de la instauración de un seguimiento activo del médico de Atención Primaria:

- ¿Por un lado, las dificultades en el flujo de información entre los diferentes niveles de atención que es preciso mejorar, pero que a su vez, dados los avances tecnológicos en comunicación, podrían ser subsanados de forma eficaz.
- ¿La incertidumbre que en el médico puede suscitar su formación y actualización de protocolos, lo que exigiría una formación del mismo en estos procesos. Sin embargo, el colectivo médico, acostumbrado al reciclaje continuo, no vería eso como obstáculo para la práctica clínica diaria.
- ¿Es también preciso determinar hasta qué punto el médico de Atención Primaria debe intervenir, y a partir de ahí cuándo el paciente debe ser competencia exclusiva del especialista. Asimismo, habría que valorar el tiempo que sería necesario dedicar a esta actuación y su influencia en el desarrollo de la consulta diaria.
- ¿Quedaría por valorar el impacto de este sistema en los pacientes. No obstante, en estudios realizados en otros países se constata que los pacientes se muestran receptivos a que su médico de familia intervenga, pues es principalmente el eje de su salud y en el tienen confianza plena.

En esta mesa se procederá al análisis de la situación actual de la atención al paciente oncológico y el papel del médico de familia. Se describirán y estudiarán las pautas de actuación seguidas por otros sistemas de salud y las posibilidades de su implantación en nuestro ámbito. También se presentarán los resultados preliminares de un proyecto titulado «Atención compartida al paciente oncológico en Atención Primaria». Se trata de un proyecto multicéntrico, interniveles que esclarecerá la cuestión. Finalmente se presentarán los protocolos de seguimiento de algunas de las patologías oncológicas más frecuentes que pueden utilizarse en Atención Primaria.

1. La atención compartida al paciente oncológico en el entorno internacional

Fernando López Verde

Debemos entender la atención al paciente afectado por un cáncer como un continuo formado por diferentes tipos de asistencia: promoción de la salud, prevención primaria, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y cuidados

al final de la vida. El paso de un tipo de atención a otro podemos considerarlo como una transición. Cuando en estas transiciones se produce un intercambio de información entre distintos profesionales, entre el paciente y un profesional o entre distintos ámbitos asistenciales, se constituyen puntos críticos que determinan la calidad del proceso de atención en su conjunto y que condicionan la consecución de los objetivos del mismo¹.

Existe un amplio margen de mejora en el abordaje de las transiciones. Esta mejora puede venir de la mano de un modelo de atención compartida, en el que todos los profesionales se sientan implicados, se coordinen y compartan responsabilidades asumiendo un papel más o menos «protagonista» según el valor añadido que pueden aportar en cada momento.

Cuando termina el tratamiento activo con un resultado satisfactorio, se establece un plan de seguimiento con revisiones programadas cuya finalidad no solo es detectar de forma precoz una recidiva, sino también detectar y manejar los efectos secundarios precoces y tardíos, detectar segundas neoplasias, controlar la comorbilidad y brindar apoyo psicosocial al paciente y su familia. En nuestro país, el seguimiento lo han hecho tradicionalmente los especialistas hospitalarios (cirujanos, ginecólogos, urólogos, oncólogos...). Pero en países de nuestro entorno, como Reino Unido, Francia, Dinamarca, Canadá, los servicios de Atención Primaria están empezando a asumir desde hace algunos años el seguimiento del paciente oncológico una vez finalizado el tratamiento, cuando no existen pruebas de enfermedad activa. Para valorar los pros y contras de este modelo y si es aplicable en nuestro medio buscaremos en la bibliografía las respuestas a los siguientes interrogantes:

- ¿Son equiparables los resultados en salud y en calidad de vida?
- ¿Diversos estudios, la mayoría en cáncer de mama y colon, han explorado el papel que pueden desempeñar los médicos de familia en el seguimiento del paciente oncológico en remisión²⁻⁵. La conclusión generalizada es que estos especialistas pueden realizar el seguimiento de estos pacientes sin que haya el riesgo de que se incrementen los eventos clínicos relevantes asociados a recurrencias ni de que se deteriore su calidad de vida relacionada con la salud.
- El control de la comorbilidad, ¿se ve modificado por la atención que se da al cáncer?

Algunos estudios cifran la presencia de comorbilidad en un 69 %, y hasta un 32 % de los pacientes presentaban dos o más procesos comórbidos. El haber padecido un cáncer se asocia con un riesgo incrementado de no recibir los cuidados recomendados en otros procesos patológicos. Así, es menos probable que los pacientes que han presentado un cáncer de colon reciban un adecuado seguimiento en insuficiencia cardíaca congestiva, cuidados diabéticos o actividades preventivas que los controles^{6,7}.

- ¿Cuál es el impacto en la satisfacción del paciente y su familia?

Mejorar las relaciones entre Oncología y Atención Primaria, con implicación activa del paciente, genera un incremento de la satisfacción del mismo con el sistema sanitario. Los pacientes están dispuestos a que se les realice el seguimiento desde Atención Primaria siempre que exista una información clara sobre los objetivos, las expectativas y las limitaciones del seguimiento, y que además haya la posibilidad de una elección informada^{8,9}. También es cierto que otros estudios destacan las reticencias de los pacientes a perder la seguridad que les da el seguimiento hospitalario frente al temor de una recidiva¹⁰.

- ¿Cuál es el grado de aceptación y el punto de vista de los profesionales implicados?

Los médicos de familia desean estar más involucrados en el seguimiento de sus pacientes con cáncer, aunque, en general, reclaman mejores canales de comunicación con los oncólogos y disponer de protocolos o guías de actuación. Los especialistas hospitalarios opinan que la colaboración con los médicos de familia en la fase de remisión es deseable pero escasa, y ven su propia organización como una barrera tanto para la comunicación como para la colaboración. Se identifican como barreras dependientes de los médicos de familia: actitudes personales, medio de trabajo, limitación de conocimientos y experiencia en el manejo del cáncer. Las preferencias de los pacientes, a los que llegan a definir como dependientes de los centros especializados, serían el principal obstáculo.

- ¿Cómo repercute en las cargas laborales del médico de familia?

Existen estudios que indican que la implantación de un programa de altas desde Oncología a Atención Primaria, de pacientes supervivientes de cáncer a largo plazo, no generó incremento en las cargas laborales de los médicos de familia¹¹. Este dato sorprendente podría deberse al hecho de que son pacientes que ya están siendo atendidos por su médico de Atención Primaria.

Referencias bibliográficas

1. Taplin SH, Rodgers AB. Toward improving the quality of cancer care: addressing the interfaces of primary and oncology-related subspecialty care. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2010;2010(40):3-10.
2. Grunfeld E, Levine MN, Julian JA, Coyle D, Szechtman B, Mirsky D, et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *J Clin Oncol.* 2006 Feb 20;24(6):848-55.
3. Grunfeld E, Mant D, Yudkin P, Dewuyi-Dalton R, Cole D, Stewart J, et al. Routine follow up of breast cancer in primary care: randomised trial. *BMJ.* 1996 Sep 14;313(7058):665-9.
4. Mahboubi A, Lejeune C, Coriat R, Binquet C, Bouvier AM, Bejean S, et al. Which patients with colorectal cancer are followed up by general practitioners? A population-based study. *Eur J Cancer Prev.* 2007 Dec;16(6):535-41.
5. Wattchow DA, Weller DP, Esterman A, Pilotto LS, McGorm K, Hammett Z, et al. General practice vs surgical-based follow-up for patients with colon cancer: randomised controlled trial. *Br J Cancer.* 2006 Apr 24;94(8):1116-21.
6. Khan NF, Ward A, Watson E, Austoker J, Rose PW. Long-term survivors of adult cancers and uptake of primary health services: a systematic review. *Eur J Cancer.* 2008 Jan;44(2):195-204.
7. Earle CC, Neville BA. Under use of necessary care among cancer survivors. *Cancer.* 2004 Oct 15;101(8):1712-9.
8. Nielsen JD, Palshof T, Mainz J, Jensen AB, Olesen F. Randomised controlled trial of a shared care programme for newly referred cancer patients: bridging the gap between general practice and hospital. *Qual Saf Health Care.* 2003 Aug;12(4):263-72.
9. Grunfeld E, Fitzpatrick R, Mant D, Yudkin P, wuyi-Dalton R, Stewart J, et al. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. *Br J Gen Pract.* 1999 Sep;49(446):705-10.
10. Maher J, Bradburn J, wuyi-Dalton R. Follow up in breast cancer. Patients prefer specialist follow up. *BMJ.* 1995 Jul 1;311(6996):54.
11. Chait I, Glynne-Jones R, Thomas S. A pilot study exploring the effect of discharging cancer survivors from hospital follow-up on the workload of general practitioners. *Br J Gen Pract.* 1998 May;48(430):1241-3.

2. Luces y sombras de un proyecto de atención oncológica compartida en Andalucía. Resultados preliminares

Miguel Ángel Prados Quel

Hace más de dos años se inició, financiado por la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, mediante mecenazgo, un proyecto de investigación sobre atención compartida al paciente oncológico en las ciudades de Málaga y Granada.

Los participantes son tres servicios hospitalarios y 105 médicos de familia. Los pacientes presentan cáncer colorrectal, de próstata y de mama.

El estudio pretende comparar la calidad de vida en diferentes períodos de seguimiento de los pacientes atendidos en los servicios de Oncología frente a los servicios de Atención Primaria. Se trata de pacientes que han finalizado su tratamiento y en los que la enfermedad no está activa.

En una primera fase se captaron a los médicos de familia participantes; hay que resaltar que aceptaron participar un 35 % de aquellos a los que se le hizo la propuesta. Posteriormente se realizaron cursos de formación a la totalidad de los investigadores-colaboradores en sus propios centros de salud.

En una segunda fase se inició la captación de pacientes, lo que en Granada comportó grandes dificultades debido a problemas de coordinación interna entre los diferentes servicios que intervienen en las patologías seleccionadas. Igualmente ha habido enormes problemas de captación en pacientes afectados por cáncer colorrectal y de mama.

De los resultados obtenidos hasta ahora, cabe destacar que solo un 19 % de los pacientes rechazan ser atendidos en Atención Primaria y que el 90 % de los casos reclutados presentan cáncer de próstata. La presencia de comorbilidades (enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, hiperlipemia, tabaquismo y diabetes) se da en la práctica totalidad de los casos. La edad media de los pacientes es de 65 años.

En una tercera fase se compararán los resultados del test SF-36 para medición de la calidad de vida entre ambos grupos. Los datos preliminares son aún poco valorables, aunque apuntan en la línea de que no existen diferencias significativas.

Como conclusiones iniciales destacan la buena aceptación de los pacientes como aspecto más positivo y, como el más negativo, la irregular aceptación, por parte de los médicos de familia, a participar en proyectos de atención compartida, lo que encuentra importantes resistencias en los servicios de Oncología.

El estudio finalizará dentro de un año, si bien la intención de los investigadores es prolongar su seguimiento.

3. Protocolos de seguimiento de Patología Oncológica prevalente desde Atención Primaria

Raquel Correa Generoso

Los supervivientes al cáncer se han convertido en un grupo importante de la población gracias a los tratamientos cada vez más efectivos y a los métodos diagnósticos cada vez más precisos. Los tumores más prevalentes, no solo por su más alta incidencia sino también por su larga historia natural, son el de mama, el colorrectal y el de próstata. El superviviente al cáncer es un paciente que ha finalizado el tratamiento oncológico y se enfrenta a una etapa de su vida llena de incertidumbres en cuanto a su pronóstico, manejo de secuelas, desgaste psicológico, reincorporación a la vida

social, etc. Su seguimiento tiene como objetivos vigilar y manejar las secuelas de los tratamientos, diagnosticar de forma precoz una posible recidiva y manejar sintomáticamente la progresión de la enfermedad, si bien la atención a estos supervivientes está demandando profundos cambios organizativos y de objetivos. Especialmente, el grupo de pacientes mayores de 65 años constituye un conjunto de la población cada vez más habitual y la mayoría de las veces con otras comorbilidades asociadas. El hecho de que un paciente tenga que recurrir a su especialista para que haga el seguimiento de su enfermedad y a su médico de familia para el manejo de su pluripatología supone una ruptura de la continuidad asistencial; no obstante, este último desempeña un importante papel a lo largo de todo este proceso.

Se puede definir la atención compartida como aquella en la que profesionales o equipos que forman parte de organizaciones diferenciadas, o entre los que existen fronteras organizativas claramente definidas, comparten la responsabilidad de la salud de los pacientes. Múltiples estudios han explorado el papel que pueden desempeñar los médicos de familia en el seguimiento del paciente con cáncer en remisión, y la conclusión generalizada es que estos pueden realizar su seguimiento sin riesgo de que se incrementen los eventos clínicos relevantes relacionados con recurrencias ni de que se deteriore la calidad de vida relacionada con su salud^{1,2,3}.

Aunque actualmente no existe ninguna recomendación en cuanto al tipo de protocolo que se debe adoptar para el seguimiento del paciente oncológico en Atención Primaria, parece razonable que los candidatos a la atención compartida sean inicialmente aquellos pacientes en los cuales la probabilidad de secuelas o recidivas sean bajas⁴. Estos pacientes son principalmente los afectados por cáncer de mama, recto y próstata en estadios iniciales, aunque podría valorarse la inclusión del cáncer de endometrio en estadios iniciales, que englobaría a un grupo de mujeres cuya mortalidad en las series es otra distinta al cáncer.

Con el objetivo de demostrar que un modelo de atención compartida entre especialidades y Atención Primaria es aceptado por los pacientes y obtiene resultados en salud (calidad de vida y eventos relevantes relacionados con recurrencias) comparables al modelo de atención tradicional y un mejor control de los procesos comórbidos, se ha diseñado un estudio analítico de pacientes con cáncer de mama en estadio I-II, cáncer de colon en estadio I-II y cáncer de próstata irradiado con carácter radical, en fase de seguimiento. Tras realizar un curso formativo y con el apoyo de atención hospitalaria, los pacientes se siguen en su centro de salud.

El seguimiento del cáncer de mama tiene como objetivo, por un lado, vigilar y manejar la toxicidad de los tratamientos administrados (linfedema de extremidad superior, toxicidad cardíaca por antraciclina, dermatitis radica, entre otras) y, por otro, vigilar la aparición de recidiva. La detección precoz de la enfermedad metastásica para iniciar un tratamiento sistémico de la misma no ha mostrado que mejore la supervivencia de estas pacientes. Por ello, las únicas exploraciones recomendadas son la exploración física y la mamografía de forma anual.

El objetivo del seguimiento en el cáncer de colon-recto es detectar precozmente la recidiva neoplásica con el fin de realizar el rescate quirúrgico, si es posible, y las lesiones neoplásicas metacrónicas colorrectales. Se desconoce cuál es la estrategia de seguimiento más adecuada tanto en periodicidad como en las pruebas que se deben hacer. Los paneles de expertos de sociedades oncológicas ampliamente reconocidas (ASCO, ESMO) recomiendan el seguimiento intensivo de los pacientes en estadios II-III con monitorización trimestral de los niveles séricos de CEA al menos durante los 2 primeros años tras la cirugía, con realización de colonoscopia en el primer

año y luego cada 3-5 años para la detección de tumores metacrónicos. Además se aconseja realizar pruebas de imagen abdominal cada 3-6 meses durante los primeros 3 años y posteriormente de forma anual hasta los 5 años. Se considera opcional la realización de pruebas de imagen torácicas. A partir del quinto año no hay recomendaciones, por lo que el seguimiento se deja a criterio del médico y el paciente.

El seguimiento del cáncer de próstata tiene como objetivo manejar la posible toxicidad crónica (disfunción eréctil, proctitis, cistitis radica y problemas secundarios al bloqueo hormonal) y detectar recidivas. Se realiza mediante analítica con PSA a las 8 semanas del fin de tratamiento.

Solo se practicarán pruebas de imagen en caso de clínica sugestiva o si se fuera a plantear un tratamiento de rescate. Inicialmente se hace PSA cada 3 meses y posteriormente cada 6. Al ser pacientes con una expectativa de vida larga, con frecuencia con morbilidad asociada (HTA, DM, dislipemia...), polimedcados y tumores de relativamente buen pronóstico, al final el cáncer acaba siendo el menos importante de sus problemas.

Referencias bibliográficas

1. Grunfeld E. Cancer survivorship: a challenge for primary care physicians. *Br J Gen Pract.* 2005;55(519):741-2.
2. Grunfeld E, Levine MN, Julian JA, Coyle D, Szechtman B, Mirsky D, et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *J Clin Oncol.* 2006;24(6):848-55.
3. Khan NF, Ward A, Watson E, Austoker J, Rose PW. Long-term survivors of adult cancers and uptake of primary health services: a systematic review. *Eur J Cancer.* 2008;44(2):195-204.
4. Feliu J, Virizuela JA. El seguimiento en los supervivientes de cáncer: una responsabilidad compartida. *Follow-up of cancer survivors: a shared responsibility Med Clin(Barc).* 2011 (artículo en prensa).

MESA 3

Antibióticos en las infecciones respiratorias. ¿Dónde está el límite?

Viernes, 15 de junio / 12.00-14.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 0 / Sala E

Moderador:

Josep M.^a Cots Yago

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. GdT de Enfermedades Infecciosas de la semFYC. CS La Marina. Barcelona.

Profesor de la Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona.

Ponentes y contenido:

1. Técnicas de diagnóstico rápido en infecciones respiratorias

Carles Llor Vilà

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. GdT Infecciosas de la semFYC. CS Jaume I Tarragona. Cataluña. Profesor de la Facultad de Medicina. Universidad Rovira i Virgili. Miembro del grupo europeo GRIN.

2. Utilización de técnicas de prescripción de antibióticos: prescripción diferida

Paul Little

Primary Care Medical Group. Community Clinical Sciences Division. University of Southampton School of Medicine, Southampton SO16 5ST

🔗 Esta ponencia dispondrá de un servicio de traducción simultánea.

3. Aspectos microbiológicos en los gérmenes comunitarios

José María García Arenzana

Especialista en Microbiología Clínica. Servicio de Microbiología del Hospital Donostia. Osakidetza.

Resumen

En las infecciones respiratorias, el diagnóstico etiológico frente al sindrómico es fundamental para el manejo en Atención Primaria. Así, patologías tan prevalentes como la faringoamigdalitis, la bronquitis aguda o la neumonía pueden, y deben, orientar el manejo clínico con pruebas de diagnóstico rápido para confirmar o descartar una etiología vírica o bacteriana. Las técnicas del test para estreptococo en faringoamigdalitis o la PCR capilar para bronquitis o neumonía deben implementarse en la consulta del médico de familia. Estudios realizados con estas técnicas obtienen resultados muy concluyentes: el médico de familia prescribe menos antibióticos y se da una mayor satisfacción tanto del paciente como del profesional. En nuestro grupo podemos aportar resultados de los estudios Faringocat (beca FIS), BAAP (beca FIS), Happy Audit (Beca EU) y GRACE-INTRO (Beca EU).

1. Técnicas de diagnóstico rápido en infecciones respiratorias

Carles Llor Vilà

En los últimos años se han efectuado en España algunos estudios para evaluar la efectividad de los test diagnósticos rápidos en aras a establecer una prescripción antibiótica más racional. Un ensayo clínico realizado por CAMiC comparó la proporción de prescripción antibiótica y la inadecuación de esta prescripción entre médicos a los que se les ofreció la posibilidad de realizar en la consulta pruebas antigénicas rápidas para la detección del estreptococo beta-hemolítico del grupo A (Strep A) como guía a la hora de prescribir antibióticos en adultos con faringoamigdalitis aguda y al menos un criterio clínico de etiología estreptocócica y entre otros médicos que debían decidir tratar con antibióticos o no siguiendo su práctica habitual sin la utilización de estos test. La intervención fue efectiva para reducir significativamente la prescripción antibiótica en un poco más del 20 % entre ambos grupos (de un 64,1 % a un 43,8 % ; $p < 0,001$) y reducir la inadecuación de antibióticos en un 33 % (del 60 % observado en el grupo control al 26,9 % en el grupo de intervención; $p < 0,001$). Sin embargo, esta reducción habría sido probablemente mayor si los médicos que fueron asignados de forma aleatoria al grupo de intervención hubieran confiado en el resultado de estos test rápidos, puesto que se prescribieron antibióticos en un 31,1 % de los resultados negativos. Por ello, es fundamental antes de la introducción de estas pruebas realizar una formación dirigida a los profesionales. El estudio Happy Audit, en el que participó la semFYC, tuvo por objetivo evaluar la efectividad de un programa de intervención en la reducción de la prescripción antibiótica en las infecciones del tracto respiratorio. Se trató de un estudio de garantía de calidad antes-después realizado en Atención Primaria con médicos de familia de diversas comunidades autónomas de España. Todos los médicos registraron durante 15 días en los meses de enero y febrero de 2008 (fase preintervención) todos los contactos con infecciones del tracto respiratorio. Con los resultados globales y de cada investigador, se desarrollaron actividades de intervención, que incluyeron la celebración de una reunión presencial con presentación y discusión de resultados y varias reuniones de

formación en guías de infecciones del tracto respiratorio, creación de folletos de información para los pacientes, la realización de un taller en test diagnósticos rápidos –Strep A y test rápido de proteína C reactiva en sangre capilar (PCR)– y la provisión de estos test diagnósticos rápidos en la consulta. Todos los médicos participantes en el estudio, a excepción de los de Cataluña, llevaron a cabo toda esta intervención (grupo de intervención completa); en cambio, los médicos catalanes realizaron la misma intervención, pero no el taller en métodos diagnósticos ni tampoco se ofrecieron los test rápidos (grupo de intervención parcial). En una segunda fase se repitió el mismo registro a principios del año 2009 (fase postintervención). Además, en este segundo año se incluyeron nuevos médicos, que rellenaron el mismo registro (grupo control). Participaron un total de 309 médicos de Atención Primaria. La infección más frecuente fue el resfriado (40,2 % de todos los casos) y el síntoma más habitual, la tos (75,4 % de los casos). Se pautaron antibióticos en más del 85 % de los casos por neumonía, amigdalitis aguda, otitis media aguda y sinusitis aguda. Los signos que más predijeron prescripción antibiótica antes de la intervención fueron exudado amigdalár, otorrea y purulencia del esputo, y se observó más de dieciocho veces más prescripción antibiótica cuando estos estaban presentes que cuando no lo estaban. La intervención parcial no modificó el porcentaje de prescripción antibiótica, mientras que los médicos que desarrollaron la intervención completa sí la modificaron, pues pasaron de un 27,4 % global inicio a un 16,9 %, principalmente en gripe, resfriado común, bronquitis aguda y faringitis aguda. Los médicos que aprovecharon el Strep A prescribieron menos antibióticos que aquellos que no lo utilizaron en la faringoamigdalitis, y el resultado negativo del test fue el factor protector más importante de antibioterapia (OR: 0,008). De forma parecida, la prescripción antibiótica fue menor en las infecciones del tracto respiratorio inferior cuando se utilizó la PCR (43,9 % frente al 61,8 %, $p < 0,001$). Cuando los valores de PCR fueron inferiores a 10 mg/l se dieron antibióticos en menos del 15 % de los casos tanto en la sinusitis como en las infecciones respiratorias bajas. Además, solo los médicos que recibieron la intervención completa, pero no los que recibieron la parcial, modificaron cualitativamente la prescripción antibiótica.

Otros estudios están en marcha, entre los cuales destacamos dos: uno en el que participa también la semFYC sobre la efectividad de la utilización de la PCR y de técnicas comunicativas en infecciones del tracto respiratorio inferior y otro en que el participan distintos centros de salud de toda España, donde se evalúa la efectividad de la prescripción diferida de antibióticos como herramienta para realizar una prescripción más razonada de estos fármacos. Hasta la fecha podemos afirmar, en base a los resultados obtenidos en los estudios finalizados, que la participación activa de los médicos de Atención Primaria en la aplicación de test diagnósticos rápidos en la consulta se acompaña de una importante reducción de los antibióticos administrados en las infecciones del tracto respiratorio.

2. Use of antibiotic prescribing techniques: delayed prescription

Paul Little

Antibiotic resistance is fuelled by antibiotic prescribing in primary care and is a major threat to public health – raising the possibility that serious infections will become untreatable. Education for LRTI in primary care is likely to be essential in modifying the widely varying prescribing practices among primary care health professionals, which do not

clearly relate to improved outcomes. Primary care health professionals tend to form habits early and such habits are mostly changed only slowly by research evidence. A Cochrane review regarding education for antibiotic prescribing suggests a variety of approaches, including educational outreach, reduce antibiotic prescribing, and a more recent systematic review has shown that multiple interventions, educational material for physicians and educational meetings are likely to be helpful. There is encouraging evidence that intervention among established primary care physicians addressing communication skills or near patient testing and possibly training to use an information booklet can appropriately reduce prescribing among patients with LRTI. A recently completed large trial in several European Networks has demonstrated that Internet-based training for communication skills and the use of CRP can make a significant impact on prescribing. Delayed antibiotic prescribing is another useful strategy, and when used properly – by providing reassurance that immediate antibiotics are not needed, clear advice about the situation to use the prescription, information about the natural history, and self-help advice –, the strategy can reduce antibiotic use by 70-80 % and also reduce consultations.

Utilización de técnicas de prescripción de antibióticos: prescripción diferida Paul Little

La prescripción de antibióticos en la atención primaria fomenta la resistencia a los mismos, lo que constituye una gran amenaza para la salud pública, ya que aumenta el riesgo de que las infecciones graves no se puedan tratar. La formación sobre IRVB en la atención primaria probablemente sea fundamental para modificarla gran diversidad de prácticas de prescripción que no están claramente relacionadas con una mejora de resultados. Los profesionales de atención primaria tienden a contraer pronto hábitos que, en general, solocambian lentamente gracias a los resultados de las investigaciones científicas. Un estudio de Cochrane sobre la formación necesaria para recetar antibióticos apunta que existe una serie de estrategias, como las campañas educativas, que reduce la prescripción de antibióticos. Un estudio sistemático más reciente ha demostrado que podrían resultar muy útiles las intervenciones múltiples, la distribución de material didáctico entre los médicos y las reuniones informativas. Contamos con pruebas alentadoras de que se puede reducir adecuadamente la prescripción de antibióticos a pacientes con IRVB mediante una serie de acciones destinadas a médicos de atención primaria en las que se abordan las habilidades comunicativas y las pruebas realizadas en el lugar de atención del paciente, así como una posible formación para utilizar un folleto informativo. Un amplio ensayo llevado a cabo recientemente en varias redes europeas ha demostrado que la formación en línea para adquirir habilidades comunicativas y el uso de la PCR pueden tener un impacto significativo en la prescripción. La prescripción diferida de antibióticos es otra estrategia útil; cuando se utiliza correctamente – al garantizarse que no es necesario el consumo inmediato de antibióticos y ofrecerse consejos claros sobre la situación en la que se debe recurrir a la prescripción, información sobre la evolución natural y recomendaciones de autoayuda –, dicha estrategia puede reducir el consumo de antibióticos en un 70-80 % y disminuir el número de consultas reiteradas.

3. Aspectos microbiológicos en los gérmenes comunitarios Jose María García Arenzana

Las consultas de Atención Primaria son con frecuencia (30-40 %) por causa infecciosa, y más del 50 % debido a infeccio-

nes de las vías respiratorias. El 80-90 % del consumo antibiótico tiene lugar en Atención Primaria o en las Urgencias hospitalarias. El uso excesivo de los antibióticos es fundamental en el incremento de las bacterias con resistencias a los antibióticos y su diseminación, hecho, este último, que ha sido definido por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y por la ECDC (European Center for Diseases Control) como un problema de salud pública en el mundo. En nuestro país hemos mejorado en el uso de antibióticos y en la reducción de resistencias, pero aún hay margen de mejora.

Las infecciones respiratorias altas son con frecuencia de etiología viral y, por tanto, no se benefician del tratamiento antibiótico. En cambio, entre las infecciones susceptibles de ser tratadas con antibióticos se encuentran las faringoamigdalitis estreptocócicas y las otitis media aguda, mientras que entre las infecciones bacterianas del tracto respiratorio inferior destacan la neumonía neumocócica y las agudizaciones de las EPOC. En ambos casos la bacteria principal es *S. pneumoniae*, cuya resistencia antimicrobiana se ha visto reducida en los últimos años por la mejora en la prescripción antibiótica y por el uso de la vacuna conjugada 7-valente en la población infantil.

La mejora del uso de antibióticos se fundamenta en tres pilares: en primer lugar, en la mejora en el diagnóstico etiológico; en segundo lugar, en el conocimiento de las resistencias locales, y por último, en la elección adecuada del antibiótico (dosis, tiempo, espectro). En nuestro entorno, hoy en día (2010-2011), las resistencias antibióticas son menores que hace una década. *S. pyogenes*, además de ser 100 % sensible a las penicilinas, solo tiene 4-5 % de resistencia a los macrólidos. *S. pneumoniae* tiene 4 % de resistencia a amoxicilina (solo 1 % de alto nivel) y 1,5 % de resistencia a las nuevas quinolonas fluoradas (levofloxacino y moxifloxacino). *H. influenzae*, en cambio, mantiene unas cifras en torno al 20 % de resistencia a los beta-lactámicos, en su práctica totalidad por producción de beta-lactamasas. Los pacientes multitratados con antibióticos (como muchos de los que padecen EPOC) presentan mayor probabilidad de desarrollar resistencias antibióticas en relación con el resto de la población, un dato importante para elegir el tratamiento antibiótico empírico.

En la presente ponencia se aportarán datos más detallados acerca de la evolución de las resistencias antibióticas en los últimos años, así como su presencia en los distintos grupos de pacientes.

Bibliografía

1. Llor C. Uso prudente de antibióticos en atención primaria. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28(Suppl 4):17-22.
2. (Información farmacoterapéutica de la comarca). 2011;19 (10). Actualización en el tratamiento antibiótico de las infecciones respiratorias agudas. Disponible en: <http://www.osakidetza.euskadi.net/cevime>
3. ECDC. Mensajes principales para los médicos de Atención Primaria. Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/es/eaad/antibiotics>
4. Pérez-Trallero E, Martín-Herrero JE, Mazón A, et al. Antimicrobial resistance among respiratory pathogens in Spain: latest data and changes over 11 years (1996-1997 to 2006-2007). *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. 2010; 2953-2959.
5. Comisión Europea, Bruselas, 15.11.2011 COM (2011) 748 final. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo. Plan de acción contra la amenaza creciente de las resistencias bacterianas. Disponible en: http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/docs/communication_amr_2011_748_es.pdf

6. Llor C, Moragas A, Bayona C, et al. Effectiveness of anti-inflammatory treatment versus antibiotic therapy and placebo for patients with non-complicated acute bronchitis with purulent sputum. The BAAP Study protocol. *BMC Pulmonary Medicine*. 2011;11:38.

MESA 4

Atención a la salud mental desde Atención Primaria: ¿cómo mejorar?

Viernes, 15 de junio / 12.00-14.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A1

Moderador:

Carlos Calderón Gómez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Alza. Donostia. Unidad de Investigación de Atención Primaria de Gipuzkoa. Osakidetza.

Ponentes y contenido:

1. Los caminos del cambio: enseñanzas desde la red de Salud Mental de Bizkaia

Ander Retolaza Balsategui

Psiquiatra. Jefe de Unidad de Gestión Clínica. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza.

2. Médicos de Familia y psiquiatras: la colaboración para evitar yatrogenias

Alberto Ortiz Lobo

Psiquiatra. Servicio de Salud Mental. Salamanca.

3. El papel del psicólogo en la atención a la salud mental

Kontxi Báez Gallo

Doctora en Psicología. Centro de Salud Mental de Rentería. Osakidetza.

4. En busca de un modelo bio-psico-social para Atención Primaria

José María Aiarzaguena Sarriugarte

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Inazio. Bilbao. Osakidetza

Introducción

Reflexiones desde la experiencia investigadora sobre colaboración en la asistencia a pacientes diagnosticados de depresión en el Euskadi

Carlos Calderón Gómez

A lo largo de los últimos cinco años hemos venido desarrollando en Euskadi sucesivos proyectos de investigación en el ámbito de la interrelación de niveles asistenciales en la atención a las personas diagnosticadas de depresión. Inicialmente partimos de constatar la existencia de carencias importantes en la relación entre Atención Primaria (AP) y las redes extrahospitalarias de Salud Mental (SM). En este sentido, llevamos a cabo un primer estudio de las percepciones y vivencias de los profesionales, cuyos resultados posibilitaron que identificáramos las deficiencias existentes y sus efectos en los pacientes desde las perspectivas de los médicos de AP y SM. El desconocimiento mutuo, la frustración de expectativas, la falta de enfoques compartidos orientados al paciente y los condicionantes vinculados al medio social y a los servicios de salud fueron algunos de los principales hallazgos¹. Consideramos entonces importante

trabajar con los propios pacientes, y para ello llevamos a cabo un segundo proyecto dirigido a conocer las valoraciones de las personas diagnosticadas de depresión según fueran tratadas por médicos de familia o por psiquiatras. Los resultados nos han permitido comprender mejor los procesos de construcción de sus expectativas en función de los recorridos seguidos y de los contextos de procedencia, así como las dimensiones de «buena asistencia» que se reclaman, y no se reclaman, de unos y otros². También nos pareció necesario aproximarnos a las vivencias de los otros profesionales no médicos que trabajan en los centros de SM, y para ello trabajamos de modo exploratorio con grupos de psicólogos, enfermeras y trabajadoras sociales, de los que surgieron nuevas aportaciones al reto de la colaboración en la atención a los pacientes diagnosticados de depresión³.

Mediante un nuevo proyecto, a partir de las bases de datos MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, IME, LILACS, IBECs y Cochrane Library, hemos llevado a cabo una revisión de la literatura publicada sobre colaboración entre niveles asistenciales en la atención a la depresión durante el período 2001-2010. Del análisis sistemático de los 76 estudios secundarios encontrados, se pueden extraer enseñanzas de interés tanto en cuanto a las evidencias que sustentan los diferentes modelos e intervenciones, como en relación con las dificultades metodológicas que conlleva la investigación y el cambio de realidades complejas, como es el caso de la interrelación-coordinación-colaboración entre AP y SM⁴.

La exigencia de atender a las particularidades de los servicios de salud en cada contexto nos llevó a contrastar los resultados de la revisión sistemática con las demandas y experiencias de los profesionales de nuestros centros como punto de partida del último proyecto en que estamos involucrados. Dicho proyecto colaborativo de investigación-acción está financiado por el Departamento de Sanidad a través de OSTEBA, y, partiendo de AP, pretende ser de intervención, de participación pluridisciplinaria, y tiene la vocación de perdurar a medio y largo plazo⁵.

En el último año, por otra parte, desde el instituto O+berri, dependiente de Bioef y del Departamento de Sanidad, se ha puesto en marcha de modo paralelo un nuevo proyecto de colaboración en la atención a la depresión basado, en este caso, en la metodología BTS⁶, con el que hemos establecido relaciones de complementariedad y de no interferencia.

En definitiva, y teniendo en cuenta también las demás experiencias investigadoras en el ámbito de la SM y la AP en Euskadi, considero que es posible identificar algunas reflexiones e inquietudes que podemos compartir en esta Mesa.

- *La singularidad de los trastornos depresivos y, en general, los problemas de salud mental.* Su propia naturaleza, presentación clínica, factores condicionantes, criterios de clasificación nosológica y enfoques terapéuticos difieren en cuanto a linealidad y delimitación del resto de las patologías que también son frecuentes para el médico de familia. Los riesgos de diagnóstico y tratamiento erróneos, sobre todo por exceso, pero también por defecto y por inadecuación de fármacos y psicoterapias, resultan, por tanto, especialmente relevantes.
- *La importancia y dificultades de la colaboración interdisciplinaria.* Colaborar no consiste solo en definir protocolos de derivación de pacientes del médico de familia al psiquiatra. La colaboración entre AP y SM requiere, además, promover el conocimiento y la confianza mutua, establecer pautas compartidas de diagnóstico y tratamiento orientadas hacia el paciente, readecuar los sistemas de información y ampliar el trabajo en equipo con los profesionales no médicos de ambos niveles de atención. Y ello

conlleva que nos cuestionemos culturas estamentarias, protagonismos y asimetrías de poder excesivamente arraigadas entre nosotros.

- *Los contextos organizativos y político-sanitarios.* La colaboración entre profesionales y la integralidad en la asistencia no han sido prioridades reales en las agendas ni en los sistemas de información, evaluación o incentivos de nuestros servicios de salud. Sin duda, hacer operativos dichos objetivos no es tarea fácil, ni equivale a diseñar nuevas superestructuras organizativas. De ahí su importancia como gran tarea pendiente.
- *El papel de la Atención Primaria.* Con frecuencia damos por hecho que la AP conlleva intrínsecamente las cualidades y garantías de una atención integral a las personas en general y a los pacientes con depresión en particular. Pero la realidad no es esa. La AP, y también la SM, la constituimos todos y cada uno de los profesionales de los centros, en condiciones organizativas y de trabajo marcadas por la gestión sanitaria. Del grado de compromiso y coherencia de unos y otros dependerá que la colaboración y la integralidad en la atención a la depresión y a la salud mental sean algo más que buenas intenciones.

Estoy convencido de que los cuatro ponentes de la mesa y los participantes en la sesión nos aportarán vías de mejora al respecto. Muchas gracias por su ayuda.

Referencias bibliográficas

1. Calderón C, Retolaza A, Bacigalupe A, et al. Médicos de familia y psiquiatras ante el paciente con depresión: la necesidad de readecuar enfoques asistenciales y dinámicas organizativas. *Aten Primaria*. 2009;41(1):33-40.
2. Calderón C, Retolaza A, Payo J, et al. Perspectivas de los pacientes diagnosticados de depresión y atendidos por médicos de familia y psiquiatras. *Aten Primaria* 2012 (aceptado para su publicación).
3. Balagué L, Calderón C, Retolaza A, et al. Más allá de médicos y psiquiatras: «los otros profesionales» en la atención a personas con depresión. *Enf Clínica* 2012 (enviado para su publicación).
4. Calderón C, Mosquera I, Balagué L, et al. «Models of collaboration between Primary Care and Mental Health in the care of depressed patients: results of a systematic review». *WPA Thematic Conference: Mental Health and Family Medicine working together*. Granada, 8-11 de febrero de 2012.
5. Calderón C, Retolaza A, Iruin A, et al. Diseño de un proyecto piloto de investigación-acción para la atención integrada a las personas diagnosticadas de depresión. *Osteba*. Departamento de Sanidad (2010M112007).
6. Artaza N, De la Rica JA, Gabilondo a, et al. Proyecto Colaborativo para la mejora del abordaje integrado a pacientes con depresión en Euskadi (kronik11/064).

1. Los caminos del cambio: enseñanzas desde la red de Salud Mental de Bizkaia

Ander Retolaza Balsategui

Desde principios de la década de 1980, en Euskadi ha existido, como en otros lugares, una colaboración y coordinación entre centros de Salud Mental (SM) y centros de Atención Primaria (AP), al menos de forma parcial. A pesar de su éxito inicial, en los últimos 10 años gran parte de este trabajo se ha desdibujado a causa de la presión asistencial, la falta de tiempo y el cansancio de los equipos. El inicial entusiasmo y la motivación de los profesionales han dado paso al desgaste y la falta de perspectivas. Entre las causas que han dado lu-

gar a esta situación está el escaso estímulo que genera una gestión asistencialista y reactiva ante la demanda de atención a la salud mental, al menos en el ámbito de los trastornos mentales comunes. En relación con lo anterior se evidencian problemas derivados de una falta de método para el despliegue y evaluación de estas experiencias.

Como fruto de una reflexión estratégica realizada en la red de Salud Mental de Bizkaia en 2010, se llegó a la conclusión de que para mejorar la cualificación de los profesionales de AP y su dedicación a los trastornos mentales comunes (especialmente en el caso de la depresión, que es el más prevalente) era necesario normalizar y generalizar la interconsulta y la cooperación entre SM y AP. El planteamiento de base, compartido con la AP, es el de que los trastornos mentales leves son y deben ser atendidos en el primer nivel asistencial y que es necesario aumentar la satisfacción de usuarios y profesionales. Uno de los objetivos estratégicos más relevantes diseñados a partir de esta reflexión es el de desarrollar investigación propia y generar una evidencia útil a partir de ella.

De abajo a arriba

Nuestro equipo de trabajo viene desarrollando desde hace cinco años experiencias de investigación, mediante metodología cualitativa, con profesionales de SM y AP, además de con pacientes. Algunas de las conclusiones obtenidas apuntan hacia las diferentes percepciones y actitudes de los médicos de familia (MF) y los psiquiatras (PS) en función de su vinculación con el paciente, expectativas asistenciales y contexto de trabajo. Se percibe una distancia entre el paciente real observado y los esquemas prefijados por los profesionales. La atención al paciente con depresión requiere enfoques diagnósticos y tratamientos centrados en el paciente y compartidos por MF y PS. Por su parte, los pacientes presentan vivencias de la depresión vinculadas al contexto social en que viven y a su recorrido asistencial por los servicios de salud. La colaboración entre profesionales no es una demanda de los pacientes, sino que deriva de la necesidad de organizar mejor la atención.

Y de arriba abajo

En la actualidad, el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco apoya la estrategia de un Modelo de Atención a Crónicos (ChronicCareModel). En este modelo, el cuidado de los pacientes se caracteriza por interacciones productivas entre ellos mismos y los equipos de clínicos en disposición proactiva para esta modalidad de trabajo. El modelo se beneficia de sistemas de atención que aprovechan los recursos comunitarios de su entorno. El objetivo es alcanzar una dispensación de cuidados que sean seguros, efectivos, oportunos en el tiempo y centrados en el paciente, además de eficientes y equitativos. En este contexto de trabajo se está dando una creciente alianza entre las direcciones de SM y AP en Bizkaia para avanzar hacia una atención integrada a los trastornos mentales comunes. También han surgido oportunidades de financiación para la investigación por parte del Departamento de Sanidad y algunos institutos públicos dedicados a la atención a la cronicidad y la innovación sanitaria.

Evidencias sobre modelos de atención: el modelo colaborativo

De una manera general, hay una evidencia de la calidad del modelo de atención cooperativa en el tratamiento de la depresión. Sin embargo, quedan problemas por resolver, ya que los mecanismos de cambio esenciales de este tipo de intervenciones no están claros. Es importante señalar que cuando se han presentado datos económicos, los resultados obtenidos han indicado que la atención cooperativa es más efectiva, pero también más cara, al menos a corto plazo. Integrar investigación y cambio: la investigación-acción.

En los servicios de salud, se reconocen diferentes tipologías de investigación-acción. En la actualidad estamos inmersos en dos proyectos en el ámbito de los trastornos depresivos basados en métodos de acción y participación, los cuales han demostrado ser de especial utilidad en el terreno de los trastornos mentales, cuyo diagnóstico y manejo en AP difiere sustancialmente de otras patologías. Uno de los proyectos se apoya en la metodología de las Breakthrough Series y persigue implantar acciones de eficacia probada en el trabajo diario de los equipos. El segundo desarrolla un enfoque de abajo a arriba y en el que también se subraya la necesidad de avanzar hacia objetivos de mejora evaluables, generalizables y adecuados a las particularidades del contexto. De ambos proyectos esperamos un impulso en el despliegue de estrategias colaborativas, medibles y más eficaces para el diagnóstico y tratamiento de la depresión tanto en SM como en AP.

Bibliografía

1. Bower P, Gask L. The changing nature of consultation-liaison in primary care: Bridging the gap between research and practice. *General Hospital Psychiatry*. 2002;24(2):63-70.
2. Craven MA, Bland R. Shared mental health care: a bibliography and overview. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*. 2002 Apr;47(2:Suppl 1):Suppl-viiiS.
3. Gilbody S, Bower P. *Depression in Primary Care. Evidence and Practice*. Cambridge University Press; 2011.
4. Simon G. Collaborative care for mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2009;22:37-41.
5. Calderón Gómez C, Retolaza Balsategui A, Bacigalupe de la Hera A, Payo Gordon J, Grandes Odriozola G. Médicos de familia y psiquiatras ante el paciente con depresión: la necesidad de readecuar enfoques asistenciales y dinámicas organizativas. *Aten Primaria*. 2009;41(1):33-40.
6. Retolaza A. (Ed.) *Trastornos Mentales Comunes: Manual de Orientación*. Asoc. Esp. de Neuropsiq. Estudios. 2009.

2. Médicos de Familia y psiquiatras: la colaboración para evitar yatrogenias

Alberto Ortiz Lobo

La prevención cuaternaria es la actividad sanitaria que evita o atenúa las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema de salud. En salud mental, la prevención cuaternaria incluye proteger a nuestros pacientes de intervenciones farmacológicas o psicoterapéuticas excesivas, inadecuadas o innecesarias en pacientes diagnosticados, pero también es crucial evitar el sobrediagnóstico y sobretatamiento en personas que consultan por sufrimientos vinculados a la vida cotidiana y que no constituyen trastornos mentales ni precisan actuaciones preventivas o curativas.

¿Cómo podemos dañar a los pacientes?

- Yatrogenia de la prevención primaria

La prevención es popular, siempre ha gozado de buena prensa y está revestida de un halo de inocuidad que la hace casi inmune a cualquier crítica. Las actividades preventivas generan yatrogenia en el presente en personas sanas para evitar, presuntamente, una posible patología en el futuro. Se basan en los factores de riesgo, pero la noción de riesgo es de base probabilística, carece de significación lógica y determina en el aspecto individual. En salud mental, todas las valoraciones sintomáticas de nuestros pacientes están teñidas por la subjetividad del profesional y del paciente, incluso cuando rellenan unos test; son «datos blandos» que oscu-

recen cualquier capacidad predictiva. Un ejemplo frecuente son las intervenciones en pacientes con duelos normales que solicitan tratamiento. Como no hay patología en ese momento, la justificación para tratarlos sería la de prevenir que empeorasen, es decir, que se convirtieran en duelos patológicos o trastornos afectivos. Los resultados de un metaanálisis de 23 ensayos clínicos aleatorizados que comparan terapia del duelo frente a no tratamiento muestran que el tratamiento empeora a los pacientes. El 38 % de los pacientes que recibieron el tratamiento habrían alcanzado un estado de funcionamiento superior si se les hubiera asignado al grupo de no tratamiento.

- Yatrogenia del diagnóstico

Las clasificaciones psiquiátricas más populares (DSM y CIE) son categoriales, es decir, están compuestas por entidades discretas, separadas supuestamente entre sí y de la normalidad por criterios operativos elaborados por consenso. Estas etiquetas diagnósticas tienen una capacidad de cosificación extraordinaria, como si a través de ellas pudiéramos definir y concretar la esencia del individuo, su conciencia y su subjetividad. Esta perspectiva promueve la impresión de un grupo de enfermos separado categóricamente, niega la dimensionalidad de los problemas, exagera las diferencias entre «nosotros» y «ellos» y alimenta el proceso recíproco de distanciamiento. Además, en el proceso diagnóstico se interpretan los problemas en un marco de creencias orientado a la patología y se favorece un rol de enfermo que puede propiciar la pasividad y la aparición de prejuicios en el entorno y de estigma en el paciente. Otras veces se produce una medicalización de procesos normales y sentimientos legítimos y sanos derivados de problemas laborales, circunstancias familiares o adversidades sociales.

- Yatrogenia del tratamiento

Cuando a un paciente se le indica un tratamiento, también se le comunica de forma latente que su problema no mejorará si no lo cumple; al mismo tiempo, la dependencia respecto de la intervención profesional tiende a empobrecer los aspectos no sanitarios (saludables y curativos) y el paciente se convierte en alguien deficitario al que un experto le tiene que dar algo que él no alcanza ni puede conseguir por su cuenta.

No obstante, se ha puesto de manifiesto la asociación entre el consumo de antidepresivos y la mayor morbimortalidad en ancianos, la disminución del volumen cerebral que producen los antipsicóticos y el incremento de enfermedades mentales asociado a la popularización de los psicofármacos. Respecto a la psicoterapia, entre un 3 y un 10 % de los pacientes empeoran tras realizar un tratamiento psicoterapéutico, ya sea por agravamiento de los síntomas, aparición de otros síntomas, aumento de la preocupación sobre los síntomas existentes, lo que genera una excesiva dependencia del terapeuta y produce una reticencia a buscar tratamiento en el futuro, alteraciones en el funcionamiento del individuo, daños a terceros, etc.

Factores que favorecen el daño a los pacientes

- Mitos de los pacientes en torno a la salud mental

Tanto respecto a lo que les sucede, como al tratamiento que pueden recibir, se han desarrollado una serie de creencias en la población general que tienden a idealizar la psiquiatría y la psicología y a codificar como enfermedad cualquier forma de sufrimiento psíquico.

- Necesidades personales de los profesionales

Ya sea el paternalismo (decidir por el paciente y fomentar inconscientemente la dependencia), la omnipotencia (la necesidad de tener una respuesta para todo), la lástima (incapacidad para decepcionar a los demás, aunque no tengamos

nada eficaz que hacer) o la vanidad (intervenir para sentirse reconocido, halagado), todos estos factores pueden contribuir a dañar a nuestros pacientes.

- Modelo médico-tecnológico de la salud mental

En el modelo médico-tecnológico prevalecen los síntomas, diagnósticos e intervenciones. Quedan relegados a un segundo plano los significados, las atribuciones, los valores, el contexto interpersonal, el entorno social, académico-laboral, familiar, los modos de afrontamiento pasados y actuales, las expectativas, las demandas...

La colaboración para evitar yatrogenias

- Cuestionar los mitos
- Rechazar un modelo médico reduccionista
- Formular en vez de establecer un diagnóstico clínico
- Cuestionar nuestro intervencionismo profesional
- Indicar no-tratamiento cuando proceda

Bibliografía

- Ortiz Lobo A, Ibáñez Rojo I. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85:457-469.
- Neimeyer R. Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*. 2000;24:541-558.
- Lilienfeld, S. O. Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*. 2007;2:53-70.
- Coupland C, et al. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *BMJ*. 2011 Aug;343:doi:10.1136/bmj.d4551
- Ho BC, Andreasen NC et al. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Feb;68(2):128-37.
- Whitaker R. Anatomy of an epidemic. Magic bullets, psychiatric drugs and the astonishing rise of mental illness in America. Nueva York: Crown Publishers; 2010.
- Mata Ruiz I, Ortiz Lobo A. Formulación de casos de salud mental: una guía de entrenamiento. En: *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios 41; 2009.
- Ortiz Lobo A, Murcia García L. La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En: *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios 41; 2009.

3. El papel del psicólogo en la atención a la salud mental

Kontxi Báez Gallo

La psicología es una profesión joven. Las primeras promociones de psicólogos surgieron en España en la década de 1970, y el reconocimiento de la especialidad de Psicología Clínica no se produjo hasta 1998. La juventud de esta disciplina, junto con el halo de magia y charlatanería que la ha acompañado históricamente, ha hecho que a menudo exista una confusión entre las expectativas de los usuarios y los profesionales frente a la realidad del desarrollo actual de la atención psicológica.

Los psicólogos clínicos, entre otras funciones, realizan psicoterapias, pero ¿en qué consiste la psicoterapia?, ¿nos estamos refiriendo a hablar con un paciente y a darle nuestro apoyo, opinión y consejo para aliviar su malestar psicológico? ¿No hacen eso mejor algunos de nuestros amigos cuando les contamos los problemas que nos preocupan?, ¿no desempeñaban mejor esa función los curas? Cuando un médico de Atención Primaria escucha empáticamente a un paciente y le permite desahogarse, ¿no está también haciendo psicoterapia?

Todas estas intervenciones implican la interacción verbal entre dos personas cuyo objeto es aliviar o curar el malestar emocional de una de ellas. Sin embargo, ni el apoyo o consejo que recibimos de un amigo, ni el alivio que le puede producir a un creyente acudir a un cura para confesar los pecados ni el bienestar que comporta sentirse entendido por un médico es una psicoterapia.

Entonces, ¿en qué consiste la psicoterapia? Lo que define la psicoterapia, cualquiera que sea el modelo utilizado, es que la intervención es profesional, está basada en un modelo teórico del cual se derivan ciertas técnicas y estrategias y se aplica en un contexto clínico.

La formación de un buen psicoterapeuta requiere un amplio conocimiento sobre los problemas del comportamiento humano, los momentos evolutivos, los principios de aprendizaje, la función de las emociones, la psicopatología, etc. Además, tiene que recibir un entrenamiento específico en habilidades de escucha, manejo de la comunicación verbal y no verbal, habilidades empáticas y de persuasión... Todos estos conocimientos le permiten desarrollar competencias en la interrelación con los pacientes que constituyen lo que se denomina «efectos no específicos de los tratamientos psicológicos», pero que llegan a explicar hasta un 40 % de la mejoría de los pacientes a través de intervenciones psicoterapéuticas muy variadas. Es decir, estamos hablando de la importancia que tiene en psicoterapia el «cómo» se realiza la intervención. Actualmente, el desarrollo de la investigación en psicoterapia está permitiendo basar las intervenciones no solo en modelos teóricos, sino también en evidencias empíricas que determinan cuáles son las técnicas psicoterapéuticas que resultan eficaces para tratar trastornos psicológicos concretos. Es decir, estamos hablando del «contenido» de la psicoterapia.

Para muestra un botón: en el tratamiento de la depresión leve o moderada, los tratamientos psicoterapéuticos recomendados por las Guías de Práctica Clínica incluyen psicoterapias de baja intensidad (como psicoeducación o técnicas de resolución de problemas) en grupo con un número limitado de sesiones (8-12) para la depresión leve o moderada. También recomiendan psicoterapia de alta intensidad (como terapia cognitivo-conductual o terapia interpersonal) para la depresión grave. Los niveles de evidencia están consolidados con una efectividad similar a los tratamientos antidepressivos y con ventajas añadidas como una mejor tolerancia y un menor índice de recaídas. Pero este recurso no existe en nuestro ámbito. Entonces, ¿qué se puede hacer con esos pacientes con depresión leve o moderada que no mejoran con tratamientos antidepressivos, con los que no pueden tomar medicación (por ejemplo, embarazadas) o que rechazan los tratamientos farmacológicos?

Esto enlaza con el papel de los psicólogos en Atención Primaria. El impacto de los trastornos mentales comunes (ansiedad, depresión y trastornos adaptativos) en las consultas de Atención Primaria está ampliamente documentado, hasta el punto de que se considera que gran parte de las visitas a un centro de salud están relacionadas con necesidades de atención psicológica, aunque estas no constituyan la queja principal. Y a esto se añade la psiquiatrización de la vida cotidiana, que genera demanda de atención en ausencia de patología psiquiátrica. Además, muchos de los problemas clínicos que se atienden en servicios de Medicina General no pueden ser abordados de forma adecuada desde un modelo exclusivamente biomédico. Las enfermedades crónicas, las somatizaciones, los hiperfrecuentadores... requieren intervenciones psicológicas específicas que faciliten la adaptación de los pacientes a las dificultades y su adhesión a los tratamientos prescritos. Sin embargo, estos pacientes reci-

ben usualmente un apoyo informal bienintencionado y una prescripción farmacológica, pero no una intervención psicológica profesional basada en la evidencia.

La solución coherente a esta problemática pasa por la inclusión de la atención psicológica entre las prestaciones de Atención Primaria. Formar en buenas condiciones al personal de los centros de salud y cambiar su perspectiva biomédica a bio-psico-social para el tratamiento de trastornos psicológicos implicaría una sobrecarga formativa y asistencial poco viable y con pocas perspectivas de éxito. Tampoco parece buena idea aumentar la derivación a Salud Mental, que, pese a esta denominación, debería dedicarse a enfermedades mentales graves y no estar saturada por pacientes con trastornos psicológicos más leves. Así pues, sería necesaria la figura de un consultor de psicología de la salud cuyas funciones fueran el asesoramiento al médico sobre el manejo de condiciones crónicas, los trastornos de somatización, la adhesión a los tratamientos farmacológicos y la promoción de estilos de vida saludables, así como la formación de grupos de tratamiento psicoterapéutico de baja intensidad para los trastornos más leves y más comunes (ansiedad y depresión), la detección a través del psicodiagnóstico de patologías psiquiátricas más graves para su derivación a Salud Mental o la participación en actividades de promoción de la salud, entre otras.

Desde el año 2009, los Psicólogos Internos Residentes rotan también por Atención Primaria. Es una buena oportunidad para comprobar las posibilidades que esta situación nos puede ofrecer para mejorar la atención psicológica en los centros de salud.

Un último apunte para los gerentes. El Gobierno británico decidió en 2007 hacer una fuerte apuesta para crear dispositivos de tratamiento psicológico en Primaria con el objetivo de ahorrar costes a medio plazo. El programa, denominado *Improving Access to Psychological Therapies*, incorporó atención psicológica en los servicios de Atención Primaria a través de la inclusión de psicólogos debidamente entrenados en la aplicación de tratamientos psicológicos basados en la evidencia. Los datos de los resultados que comienzan a publicarse indican que la intervención está resultando exitosa, y no solo desde un punto de vista económico.

Bibliografía

- Castro A. ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas? Seminario de doctorado «Fundamento y eficacia de la psicoterapia» impartido en la Universidad de Do sul de Santa Catarina (Brasil); 2001.
- Labrador FJ, Vallejo MA, Magallanes M, Echeburúa E, Bados A, Fernández-Montalvo J. La eficacia de los tratamientos psicológicos. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos; 2003, n.º 48.
- National Institute for Mental Health in England. *Improving Access to Psychological Therapies*; 2008.
- Pastor J. El psicólogo en Atención Primaria: Un debate necesario en el Sistema Nacional de Salud. *Papeles del Psicólogo*. 2008;29(3):271-290.
- Pérez M, Fernández JR. Más allá de la salud mental: La psicología en Atención Primaria. *Papeles del Psicólogo*. 2008;29(3): 251-270.

4. En busca de un modelo bio-psico-social para Atención Primaria

José M.ª Aiarzaguena Sarriugarte

Necesidad de un modelo bio-psico-social

El modelo biomédico centrado en la enfermedad fue creado a finales del siglo XIX para dar respuesta a unas necesidades de salud centradas sobre todo en lo agudo y en las enferme-

dades infecciosas. Hoy en día, la situación ha cambiado: estamos en la época de la cronicidad y del envejecimiento de la población, por lo que las necesidades de salud de la población no son las mismas¹, y aún así nosotros seguimos insistiendo en una medicina centrada en la enfermedad. Es cierto que, en cualquier categorización de la salud, la enfermedad debe estar presente porque esta es y seguirá siendo el principal determinante de la salud y el motivo por el que los pacientes acuden a la consulta. No obstante, necesitamos recuperar el concepto de «salud» de la Atención Primaria e incorporar, al menos, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud, que no es otra cosa que la percepción que tenemos de nuestra salud y su influencia en nuestra vida (social, laboral...). De esta manera aumentaremos nuestra capacidad de entender las necesidades de los pacientes que acuden a las consultas, y ello nos ayudará a identificar los verdaderos motivos de consulta. En realidad, el uso de los servicios de Atención Primaria (consultas, avisos domiciliarios...), incluso en pacientes con enfermedades serias, está más influenciado por aspectos psicosociales como los apoyos sociales, familiares, capacidad de adaptación y de afrontamiento de la enfermedad, etc., que por parámetros estrictamente biológicos de la enfermedad. Centramos e insistir solo en estos parámetros puede generar hiperutilización y yatrogenia.

	Buena calidad de vida	Mala calidad de vida
No enfermos		
Enfermos		

Situación actual

Necesitamos, por tanto, un modelo que recupere el concepto de salud y que tenga en cuenta los aspectos psico-sociales que están influyendo tanto en la enfermedad como en la calidad de vida del paciente. Creemos que la percepción de esta necesidad es ampliamente experimentada y sentida por los profesionales de Atención Primaria. Pero ¿cómo se consigue una intervención bio-psico-social asumible por médicos y enfermeras y eficaz para los pacientes? ¿Cómo se hace esto? No lo sabemos.

Hay, al menos, dos elementos que desempeñan un papel importante en el mantenimiento de la situación actual. Por un lado, el miedo compartido por médicos y pacientes a la apertura de aspectos psico-sociales en la consulta, y por otro, el hecho de que las estrategias e intervenciones propuestas hasta ahora han tenido un escaso efecto en los pacientes.

Miedos médico	Miedos paciente
Miedo a que el paciente nos desborde. Nos implique emocionalmente.	Incomodidad al destapar estos temas.
Generan frustración, impotencia.	Miedo a ser estigmatizado.
Falta de legitimidad de las quejas del paciente.	Miedo a que no se les explore orgánicamente.
«Son cosas de la vida. No se puede hacer nada por ellas.»	El médico no puede ayudarles en estos temas.

Nuestra experiencia

Nuestro grupo ha desarrollado una intervención psicosocial denominada DEPENAS (Detección del sufrimiento psicológico; Explicación contextualizada de los síntomas; Planifica-

ción de la intervención; Exploración psicosocial; Normalización, Acción y Seguimiento) que puede utilizar por el médico de familia con sus pacientes somatizadores. En un ensayo clínico aleatorizado (ECA) demostramos que DEPENAS mejora la calidad de vida de los pacientes somatizadores, pues se obtuvieron diferencias clínicamente relevantes en la escala de dolor corporal y diferencias estadísticamente significativas en las escalas de salud mental, función física, vitalidad y función social². Además, para conocer en profundidad la experiencia de los médicos de familia realizamos un estudio cualitativo con los que habían participado en el ECA en el que mostramos que los médicos valoran las técnicas de comunicación empleadas y reconocen que su actitud ha mejorado en relación con los pacientes somatizadores. No obstante, continúan considerando que las intervenciones psico-sociales no solucionan el problema, pues perciben a los pacientes somatizadores como difíciles y de complicado manejo³.

Direcciones futuras: qué hacer frente a cómo hacer

La relación entre el médico y el paciente y las técnicas de comunicación son fundamentales en el desarrollo de cualquier propuesta de intervención bio-psico-social. Esto nos obliga a diferenciar claramente qué se hace de cómo se hace. Referente a la cuestión de «qué hacer» tenemos mucha información, o al menos muchas recomendaciones, que, sin embargo, no alcanzan el efecto deseado. Así, conocemos intervenciones exitosas en el ámbito especializado de la psiquiatría y la psicología que luego no son extrapolables a Atención Primaria⁴. Del mismo modo, los ensayos clínicos realizados con intervenciones pensadas para Atención Primaria y basadas en la formación de los médicos de familia no han mostrado efectos significativos en los pacientes, por lo que se ha sugerido que el problema radica en la falta de habilidades comunicacionales de los médicos^{5,6}.

Creemos, basándonos en consultas reales en las que los médicos realizan la intervención que se pone a prueba, que para avanzar son necesarios estudios focalizados en el cómo hacer. Deberá analizarse las videograbaciones de las consultas usando una metodología basada en el análisis del discurso o, como en nuestro caso, en el análisis de las conversaciones. Estos estudios clarificarán si las recomendaciones teóricas funcionan en la práctica clínica e identificarán patrones interaccionales médico-paciente exitosos en términos comunicacionales, lo que permitirá el desarrollo de una intervención bio-psico-social asumible por parte de los médicos y eficaz para los pacientes. Este es, a nuestro entender, uno de los principales objetivos de los profesionales de Atención Primaria.

Referencias bibliográficas

1. Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era. The American Journal of Medicine. 2004; 116:179-185.
2. Aiarzaguena J, Grandes G, Gaminde I, Salazar A, Sánchez A, Arino J. A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms. Psychological Medicine. 2007;37:283-294.
3. Aiarzaguena J, Gaminde I, Grandes G, Salazar A, Alonso I, Sánchez A. Somatisation in primary care: experiences of primary care physicians involved in a training program and in a randomised controlled trial. BMC Family Practice. 2009;10:73.
4. Raine R, Haines A, Sensky T, Hutchings A, Larkin K, Black N. Systematic review of mental health interventions for patients with common somatic symptoms: can research evidence from secondary care be extrapolated to primary care? British Medical Journal. 2002;325:1982-1085.

5. Gask I, Dowrick C, Dixon C, Sutton C, Perry R, Torgerson D, Usherwood T. A pragmatic cluster randomized controlled trial of an educational intervention for GPs in the assessment and management of depression. Psychological Medicine. 2004;34:63-72.
6. King M, Davidson O, Taylor F, Haines A, Sharp D, Turner R. Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: randomized controlled trial. British Medical Journal. 2002;324:947-953.

MESA 5

Manejo de pacientes crónicos y variabilidad en Atención Primaria: la construcción de la torre de Babel

Jueves, 14 de junio / 09.30-11.30 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.

Planta 0 / Auditorio

Moderador:

Salvador Peiró Moreno

Centro Superior de Investigación en Salud Pública. Valencia.

Ponentes y contenido:

1. Variabilidad en la utilización de medicamentos.

Una perspectiva desde Atención Primaria

Gabriel Sanfélix Gimeno

Centro Superior de Investigación en Salud Pública. Valencia.

2. Variaciones en las hospitalizaciones potencialmente evitables en el Servicio Nacional de Salud (SNS)

Enrique Bernal Delgado

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza.

3. Cumplimiento y variabilidad de las prácticas preventivas en Atención Primaria

Felipe Aizpuru Barandiaran

Unidad de Investigación de Álava-Osakidetza. Vitoria-Gasteiz.

Resumen

Los estudios de variaciones en la práctica clínica están cobrando una importancia creciente a medida que se impone la búsqueda de una mayor eficiencia y equidad en la administración de servicios sanitarios. La calidad y cantidad de asistencia sanitaria que las personas reciben puede variar dependiendo del lugar donde vivan. Desde el punto de vista de una asistencia sanitaria equitativa y basada en la evidencia disponible, este dislate se debe identificar, profundizar en sus causas e intervenir para minimizarlo. Hasta el momento, la mayor parte de los estudios de variaciones se han desarrollado en el entorno hospitalario, pero están aumentando los realizados en el ámbito de la Atención Primaria. En esta mesa pretendemos dar a conocer estudios emprendidos sobre tres aspectos de suma importancia en nuestro desempeño diario:

- La prescripción de medicamentos: hay una notable variabilidad entre áreas de salud en cuanto al consumo de fármacos muy utilizados (cardiovasculares, psicofármacos, antibióticos, antiosteoporóticos, etc.). Ello refleja tanto situaciones de infrautilización (más plausible en el caso de medicamentos con bajo potencial de abuso) como de sobreutilización. Ambas situaciones son indeseables por sus

implicaciones en el resultado de la asistencia o en el gasto sanitario.

- Las hospitalizaciones evitables: al año se produce en España al menos un ingreso hospitalario potencialmente evitable por cada 274 personas mayores de 15 años (más de 4 por cada uno de nuestros cupos). Esta tasa se multiplica por 3 en algunas áreas, y hasta por 12 si nos fijamos en determinados procesos. Parte de las hospitalizaciones dependen del despliegue de recursos intermedios –centros de media y larga estancia–, y es posible que la Atención Primaria desempeñe un papel en otros casos...
- Las prácticas preventivas: salvo las relativas a los procesos crónicos, que gozan de mayor tradición en el ámbito de Atención Primaria –HTA, diabetes, hipercolesterolemia–, hay numerosas prácticas preventivas para otros procesos –demencia, abuso de alcohol, EPOC...– con recomendaciones de grado A que tienen lugar de manera desigual según cual sea el centro de salud e, incluso, el cupo. La generalización de la historia clínica electrónica ha supuesto un avance en este sentido y ha facilitado la sistematización de estas actividades, pero, ¿hasta dónde hemos llegado?

1. Variabilidad en la utilización de medicamentos.

Una perspectiva desde Atención Primaria

Gabriel Sanfélix Gimeno

La cantidad y el tipo de medicamentos que una población consume puede variar de forma importante dependiendo del lugar donde viva. Las variaciones poblacionales en los patrones de prescripción y consumo de fármacos suponen un desafío importante para todos los sistemas de salud. A falta de explicaciones plausibles relacionadas con las diferencias en morbilidad, se ha sugerido que los médicos actúan de forma muy distinta ante situaciones similares, aspecto que plantea importantes preguntas sobre la efectividad, seguridad, equidad y la eficiencia social de determinadas actuaciones médicas.

El primer estudio que utilizó el análisis de áreas pequeñas (*small area analysis*) para estudiar las variaciones en el consumo farmacéutico fue el «Dartmouth Atlas of Health Care in Michigan» en el año 2000¹. Después de este, el «Express Scripts Atlas of Prescription Drug Utilization» (2001) documentó la extensión de la variabilidad en prescripción para el conjunto de Estados Unidos². En ambos trabajos se muestra que algunas zonas geográficas presentaban tasas poblacionales de prescripción (estandarizadas por edad y sexo) que podían doblar o triplicar las de sus vecinos, y que algunos grupos terapéuticos presentaban una variabilidad consistentemente mayor que otros. Los trabajos más recientes ponen de relieve cómo las variaciones geográficas en la utilización de medicamentos persisten, y enfocan sus esfuerzos a estudiar los determinantes del gasto a través del análisis de las variaciones del volumen dispensado, los precios y la selección de las distintas opciones terapéuticas³⁻⁶.

En España la variabilidad en los patrones de consumo de medicamentos desde una perspectiva poblacional ha sido muy poco estudiada. Una situación sorprendente si se considera la importancia de la prescripción farmacéutica en el gasto sanitario, su tendencia expansiva y la creciente preocupación por el uso adecuado de los medicamentos.

El Grupo de investigación en utilización de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud (GIUM-SNS) surge de la mano del proyecto de VPM en 2005 con el objetivo primario de desarrollar proyectos de investigación en el campo del uso de medicamentos, y su principal tarea es contribuir, mediante esta investigación, a mejorar la información dis-

ponible sobre la utilización de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud. En un proyecto típico de GIUM-SNS, los objetivos serían: 1) estimar las tasas de dispensación (DDD por 1.000 habitantes y día), el gasto por habitante y año y el precio medio de la DDD de los subgrupos terapéuticos seleccionados en las áreas de salud de las comunidades autónomas participantes; 2) analizar si las posibles variaciones detectadas son sistemáticas o explicables por el azar; 3) analizar las relaciones en el consumo de diversos grupos terapéuticos, y 4) analizar los factores (socioeconómicos, de la oferta de servicios u otros) que pueden influir sobre la variabilidad en el consumo de medicamentos.

Los proyectos realizados por GIUM-SNS hasta el momento han estudiado la variabilidad en los fármacos cardiovasculares, psicofármacos, antibióticos y antiosteoporóticos. En el ámbito de Atención Primaria es de gran interés enfatizar, por ejemplo, las importantes variaciones observadas en el uso de algunos de los grupos terapéuticos de mayor utilización, los IECA/ARA-II y las estatinas: en el SNS (9 comunidades autónomas [CCAA] participantes) se dispensaron en el año 2005 cantidades suficientes de estos dos fármacos para tratar con ellos durante todos los días del año al 32 y al 19 % de los pensionistas, respectivamente. Para los IECA/ARA-II, las variaciones en utilización entre las áreas de mayor y menor consumo de las 9 CCAA analizadas fueron de 4 veces, mientras que para las estatinas fueron de 6 veces (excluyendo el 5 % de áreas con valores extremos de cada lado). Otros grupos terapéuticos estudiados de gran interés, en este caso por su alto potencial de sobreutilización, son los antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos, para los que se observaron en el año 2006 (11 CCAA participantes) variaciones más moderadas, en torno a 2 veces en pensionistas y cerca de 3 veces en activos. Para la osteoporosis, un problema de salud también de alta prevalencia e impacto en Atención Primaria, en las áreas de las 13 CCAA estudiadas se trató en 2009 con algún antiosteoporótico entre el 8 y el 16 % de los pacientes según el área de residencia (es decir, variaciones entre áreas del doble). Por otra parte, estas variaciones entre áreas llegan a ser de 18 veces en el caso de medicamentos de baja utilización pero de alto precio, como las hormonas paratiroideas, y de 5 veces en el caso de fármacos de mayor utilización, como el raloxifeno. Si observamos estas mismas variaciones entre CCAA, vemos que siguen siendo muy importantes, de 5 veces en el caso de hormonas paratiroideas y de más de 2 veces en el caso de raloxifeno. Las variaciones en el consumo de medicamentos entre territorios vecinos (áreas de salud y comunidades autónomas) sujetos a similares condiciones de morbilidad y sistema de atención son importantes. Esta situación tiene implicaciones para los pacientes, que se tratarán de forma distinta para el mismo problema de salud según el lugar donde vivan; tal y como se ha descrito para el caso hospitalario (ingresos e intervenciones quirúrgicas), en los tratamientos farmacológicos la geografía es el destino. Ello comporta importantes repercusiones potenciales en términos de salud, además de repercusiones en los costes, ya que, en general, se observa alta variabilidad en los subgrupos de mayor precio. Aunque este tipo de estudios no nos va a permitir evaluar la adecuación de los tratamientos, nos ayudará a identificar territorios y subgrupos terapéuticos con alta variabilidad para priorizar estrategias de uso adecuado de medicamentos. Nos permitirá, además, señalar los factores asociados a la variabilidad en el consumo de medicamentos para el diseño de intervenciones que disminuyan esta variabilidad. En última instancia, estos análisis poblacionales pueden aprovecharse para monitorizar la efectividad de las políticas farmacéuticas implantadas.

Referencias bibliográficas

1. Wennberg J, Wennberg D. Practice variations and the use of prescription drugs. En: Dartmouth Atlas of Health Care in Michigan. Detroit, MI: Blue Cross, Blue Shield of Michigan and Blue Care Network; 2000.
2. Motheral B, Cox E, Mager D, Henderson D. Express Scripts Atlas of Prescription Drug Utilization for the United States of America. Chicago: Express Scripts; 2001.
3. Zhang Y, Baicker K, Newhouse JP. Geographic variation in Medicare drug spending. *N Engl J Med.* 2010;363(5):405-9.
4. Donohue JM, Morden NE, Gellad WF, Bynum JP, Zhou W, Hanlon JT, et al. Sources of regional variation in Medicare Part D drug spending. *N Engl J Med.* 2012;366:530-8.
5. Gellad WF, Good CB, Lowe JC, Donohue JM. Variation in prescription use and spending for lipid-lowering and diabetes medications in the Veterans Affairs Healthcare System. *Am J Manag Care.* 2010;16(10):741-50.
6. Morgan S, Raymond C, Mooney D, et al. The Canadian Rx Atlas, 2.ª edición. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research; 2008.

2. Variaciones en las hospitalizaciones potencialmente evitables en el Servicio Nacional de Salud

Enrique Bernal Delgado

Abadía-Taira B, García-Armesto S, Martínez-Lizaga N, Rídao-López M, Seral-Rodríguez M, Yáñez F, et al, y Grupo VPM-SNS. Variabilidad en las hospitalizaciones potencialmente evitables en el Sistema Nacional de Salud. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud.* 2011;4(2):345-64.

Según AHRQ, Agency for Health Research and Quality, las hospitalizaciones potencialmente evitables en condiciones clínicas sensibles a los cuidados ambulatorios son un conjunto de indicadores que tratan de evaluar la exposición de las poblaciones a una atención ambulatoria de calidad, a un nivel de agregación geográfico determinado.

Las hospitalizaciones potencialmente evitables (HPE), que tienen como precursor el antiguo conjunto de enfermedades sensibles a los cuidados ambulatorios (Ambulatory Care Sensitive Conditions: ACSC), se desarrollaron con objeto de analizar la accesibilidad de la población Medicaid a los cuidados primarios. Numerosos trabajos, que utilizan ACSC o subconjuntos de las mismas, con o sin adaptación local, y con independencia del tipo de sistema sanitario bajo estudio, han encontrado altas tasas de hospitalizaciones potencialmente evitables, así como notables variaciones geográficas.

En España, la lógica de las HPE debe reinterpretarse en función de las características de nuestro sistema sanitario, contexto completamente distinto a aquel en que fueron desarrolladas: cobertura universal, acceso gratuito a médico de Atención Primaria que actúa como puerta de entrada al sistema, el 80 % de la población vive a menos 30 minutos de un hospital, unidades de cuidados no hospitalarios dentro de las Urgencias, etc.

La perspectiva adoptada en el trabajo que se presenta, y la importancia de estos indicadores en el contexto español, radica en que las diferencias injustificadas en HPE proponen una mirada crítica sobre cómo las organizaciones sanitarias del país (áreas sanitarias y regiones) actúan frente a la enfermedad crónica. Así, altas tasas de hospitalizaciones por estas causas señalarían posibles déficits del conjunto de los cuidados ofrecidos a enfermos crónicos y cuidadores en el lugar donde estos viven.

Métodos

- Para este trabajo se seleccionaron las hospitalizaciones en seis condiciones clínicas consideradas sensibles a cuidados ambulatorios: complicaciones agudas de la diabetes (CAD); enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); fallo cardíaco congestivo (ICC); deshidratación (DH); angina (no primaria) sin procedimiento (angina); asma en adulto (asma).
- La selección de indicadores (HPE) se fundamentó en la validación para España de los Preventive Quality Indicators, producidos por AHRQ, en función de tres criterios: a) existencia de literatura que confirmase la hipótesis de que «mejor» cuidado ambulatorio reducía el riesgo de hospitalización; b) la consistencia de las definiciones CIE9-MC con la lógica de las HPE, y c) la factibilidad de ser utilizados con la información existente en el país. Los tres criterios se analizaron considerando que, para el caso español, la atención ambulatoria incluye Atención Primaria, cuidados especializados ambulatorios y manejo de reagudizaciones de enfermedad crónica en las Urgencias hospitalarias.
- La unidad de análisis fue el área de salud; las 199 áreas de las 17 comunidades autónomas (CCAA) que participan en el proyecto ATLAS VPM-SNS. Estas áreas reunían en 2008-2009 una población acumulada de 79.288.368 habitantes de 15 años o mayores (11.071.536 de 65 a 79 años y 4.397.051 de 80 años o mayores).
- Se estimaron las tasas estandarizadas de ingresos hospitalarios en los años 2008-2009 para tres grupos de edad (personas de 15 o más años, de 65 a 79 años y de 80 años o mayores), para las seis condiciones validadas para España.
- Para cuantificar la variabilidad, se utilizaron las estadísticas habituales del «análisis de áreas pequeñas».

Resultados

- En España, en 2008 y 2009, se produjo un ingreso por HPE por cada 274 personas mayores de 15 años. Por edades, hubo un ingreso por HPE por cada 94 personas de 65 a 70 años (106,1 por 10.000) y una hospitalización evitable por cada 42 personas mayores de 80 años (239,9 por 10.000 habitantes de 80 o más años).
- La variación observada (tabla 1) en las 199 áreas sanitarias del país muestra que, según el lugar donde se vive, la probabilidad de sufrir una hospitalización evitable puede multiplicarse hasta por 3 veces (para el conjunto de las HPE); por 2,6 si se sufre insuficiencia cardíaca y por 12 veces si se sufre una angina ya conocida y diagnosticada. Las diferencias se amplían ligeramente cuando se observan las personas mayores, especialmente de 80 años o más.
- La región de residencia (comunidad autónoma) explicó un 35 % de la variación residual, siendo remarcable en el caso de EPOC y asma del adulto (tabla 1).
- Para el conjunto de HPE, el área que ocupa el P95 realiza un 72 % más que lo esperado. Si se observan cada una de las condiciones por separado, estas cifras oscilan entre un 67 % más para el caso de ICC y 2,6 veces más de ingresos hospitalarios que lo esperado en el caso de angina y asma del adulto (tabla 2).
- Por su parte, CSV (componente sistemático de la variación) y EB (estadístico empírico de Bayes) muestran para el conjunto de las HPE una variación moderada a baja (CSV = 0,12 y EB = 0,11). Por condiciones, la variación no aleatoria osciló entre la «moderada a baja» variación de la ICC (CSV = 0,11 y EB = 0,09) y la alta variación sistemática de angina no primaria sin procedimiento (CSV = 0,55 y EB = 0,46) y de asma del adulto (CSV = 0,73 y EB = 0,49) (tabla 2).

Tabla 1. Ingresos hospitalarios por seis condiciones clínicas de HPE y el conjunto de las seis (2008-2009) Tasas y estadísticas de variabilidad basados en la estandarización directa.

		Diabetes	EPOC	ICC	DH	Angina	Asma	Todos
Datos crudos	Ingresos	8418	142813	66714	12492	19568	17382	267309
	Tasa cruda	1,12	19,45	9,01	1,65	2,89	2,36	36,48
Tasas estandarizadas por edad y sexo	Tasa estandarizada	1,04	17,30	7,88	1,43	2,68	2,26	32,58
	Te Mínima	0,00	4,38	2,42	0,21	0,00	0,22	11,93
	Te Máxima	2,59	41,90	17,52	7,69	9,58	11,69	66,09
	Tasa estd. P5	0,41	6,13	4,59	0,58	0,49	0,57	15,36
	Tasa estd. P25	0,75	12,32	6,13	0,93	1,39	1,03	25,50
	Tasa estd. P50	1,01	16,10	7,60	1,31	2,36	1,64	32,16
	Tasa estd. P75	1,35	21,57	9,25	1,73	3,44	3,05	38,22
Estadísticos de variabilidad	Tasa estd. P95	1,71	31,08	12,81	2,69	6,21	5,58	54,18
	RV ₅₋₉₅	4,07	4,52	2,65	4,48	12,01	9,38	3,14
	RV ₂₅₋₇₅	1,79	1,73	1,48	1,84	2,43	2,86	1,48
EFECTO CCAA	CV	0,40	0,42	0,32	0,54	0,52	0,77	0,33
	CCI	0,05	0,38	0,14	0,06	0,16	0,43	0,35
	IC 95 % ICC	0,00-0,15	0,14-0,61	0,00-0,29	0,00-0,17	0,00-0,31	0,19-0,67	0,12-0,58

n=199 áreas de salud (17 Comunidades Autónomas). Tasas por 10.000 habitantes del respectivo grupo de edad. RV: razón de variación; CV: coeficiente de variación. El subíndice indica que el correspondiente estadístico se ha calculado usando sólo las áreas cuya tasa estandarizada en el correspondiente grupo estaba incluida entre los percentiles señalados. Efecto CCAA: CCI: coeficiente de correlación intraclassa: explicación de varianza del factor Comunidad Autónoma en el análisis de varianza (Anova oneway). IC95 %: Intervalo de confianza del 95 % del coeficiente de correlación intraclassa.

3. Cumplimiento y variabilidad de las prácticas preventivas en Atención Primaria Felipe Aizpuru Barandiaran

Hasta hace poco, la mayor parte de los estudios sobre variaciones en la práctica médica se han centrado en el ámbito hospitalario. Entre los realizados en el ámbito de Atención Primaria (AP), el foco se ha orientado hacia las variaciones en prescripciones¹, demanda de servicios o solicitudes de pruebas complementarias², aspectos bien documentados por sus implicaciones sobre el gasto sanitario. El contenido de la consulta no ha sido tan estudiado y, además, se ha limitado a un reducido abanico de enfermedades y factores

de riesgo tradicionalmente muy vinculados a la práctica en AP: enfermedad cardiovascular, consumo de alcohol y de tabaco, dieta... Sin embargo, la actividad en AP se ha expandido considerablemente y en la actualidad cubre problemas antes considerados más propios del nivel especializado, como salud mental, por ejemplo.

Por otra parte, la introducción progresiva de la historia clínica electrónica (HCE) ha permitido ampliar y mejorar notablemente la cantidad y calidad de la información disponible. Por todo ello, y con datos de 2007, un grupo de investigadores hicimos un estudio para describir la variabilidad con la que los médicos cumplen estas recomendaciones y, además, identificar diferencias en la dedicación a actividades preventivas de problemas clásicamente atendidos en AP, frente a

Tabla 2. Razones estandarizadas de ingresos hospitalarios por HPE y el conjunto de las seis 2008-2009 y estadísticos de variabilidad basados en la estandarización indirecta.

		Diabetes	EPOC	ICC	DH	Angina	Asma	Todos
Razones estandarizadas de hospitalizaciones evitables	Mínima	0,00	0,27	0,31	0,14	0,00	0,09	0,39
	Máxima	2,89	2,48	2,32	5,16	3,97	6,13	2,11
	Percentil P5	0,39	0,36	0,58	0,42	0,22	0,26	0,49
	Percentil 25	0,75	0,71	0,80	0,65	0,59	0,48	0,80
	Percentil 50	0,98	0,95	0,98	0,96	1,02	0,75	1,01
	Percentil 75	1,32	1,25	1,20	1,22	1,51	1,45	1,20
	Percentil 95	1,67	1,85	1,67	1,90	2,58	2,54	1,72
Estadísticos de variabilidad	CSV	0,14	0,2	0,11	0,27	0,55	0,73	0,12
	EB	0,12	0,20	0,09	0,18	0,46	0,49	0,11

n = 199 áreas de salud (17 Comunidades Autónomas). El Patrón de referencia deriva de las tasas específicas por grupo de edad y sexo referidas a la población del conjunto de las 199 áreas. CSV: componente sistemático de la variación; EB: Estadístico Empírico de Bayes.

otros problemas con responsabilidad más repartida con el nivel especializado, como salud mental, EPOC o asma. Con posterioridad, se han modificado algunos elementos relevantes: a) el uso de la HCE se ha generalizado y en la actualidad prácticamente todas las consultas tienen alguna anotación en la misma; b) se han multiplicado las alertas electrónicas que avisan de que a tal paciente le falta una u otra de las recomendaciones que le atañen; c) la oferta preferente con las recomendaciones preventivas ha cambiado tras revisar la evidencia que las sustentaba. Por todo ello, con datos de finales de 2011, hemos estudiado la evolución de algunos de los indicadores de cribado o de buena atención (CBA) incluidos en ambas ediciones de la oferta preferente. Varios de estos resultados han sido ya publicados^{3,4} y se resumen a continuación.

Se revisó la información –agregada por la Unidad de Atención Primaria (UAP)– de las HCE de todos los médicos (1.685) de AP de Osakidetza. Se calcularon las tasas estandarizadas por edad y sexo de cumplimiento de los criterios recomendados para el cribado y buena atención de las siguientes enfermedades: hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad, abuso de alcohol, depresión, ansiedad, demencia, asma y EPOC. Se calcularon estadísticas para medir la variabilidad, como el componente sistemático de la variación, que no tiene en cuenta la variación que se supone aleatoria. En el año 2007, siempre según lo registrado en la HCE, el cumplimiento de las recomendaciones de cribado varió entre un 14,2 % para EPOC a un 37,2 % para hipercolesterolemia, referido a las respectivas poblaciones en riesgo. Por lo que respecta a los CBA, únicamente 10 de los 44 examinados se cumplían en más de la mitad de los pacientes diagnosticados, mientras 16 alcanzaban a menos de la cuarta parte de los pacientes. La mediana de cumplimiento era 41,9 % para los del área cardiovascular, 27,5 % para los CBA de salud mental y 20,2 % para asma y EPOC. La variabilidad entre varias UAP fue baja para cardiovasculares, moderada para salud mental y alta para enfermedades respiratorias. Según los datos del último cuatrimestre de 2011, referidos únicamente a hipertensión, diabetes, asma y EPOC, la población cribada ha mejorado de forma notable, así como los CBA que indican un adecuado proceso asistencial. Sin embargo, los indicadores de resultado (PA inferior a 140/90 mmHg en hipertensos o Hb1Ac inferior al 7 % en diabéticos, por ejemplo) no lo hacen en consonancia, y se estancan en torno a un 60 o 65 % de los pacientes diagnosticados. La variabilidad entre UAP también ha disminuido a expensas de una reducción de la cola izquierda –ineficiencia– de la distribución

Discusión

Hay un cumplimiento subóptimo de las recomendaciones preventivas basadas en evidencia. Entre 2007 y 2011 se observa una desaparición de las zonas de más ineficiencia o subregistro, junto a un mejor cumplimiento de las recomendaciones sobre el proceso de la atención, aunque siempre por debajo del cumplimiento óptimo. Esto no es de extrañar si se considera un trabajo reciente⁵ según el cual para atender todas las recomendaciones existentes se necesitarían 7,4 horas diarias para la prevención y 10,6 horas diarias para el manejo de enfermedades crónicas, contando con un cupo de 2.500 personas. Si añadimos otras 3,7 horas para la atención de los procesos agudos, el total es de ¡21,7 horas diarias! Con nuestros cupos, de entre 1.500 y 2.000 personas, las cifras respectivas serían 4,4 + 6,4 + 2,2 = 13,0 horas; tampoco está mal.

Ello no se acompaña de mejoría análoga en el resultado clínico, lo realmente deseable. Parece haber un muro en ese entorno de los dos tercios a partir del cual las actuaciones

vigentes no están disponibles. Es necesario seguir investigando en las causas de ello para poder diseñar intervenciones eficaces, capaces de conseguir el control óptimo de la enfermedad y viables para su integración en el ya sobrecargado panorama diario de la actividad en AP.

Referencias bibliográficas

1. De López CF, Montero FM, Valles Fernández N, et al. Variabilidad en la prescripción farmacéutica de Atención Primaria de Castilla-La Mancha durante 2003. *Rev Esp Salud Pública*. 2005;79:551-8.
2. Corral N, Aguallo P, Berraondo I, et al. Perfiles de solicitud de analítica de rutina en Atención Primaria: comparación de recomendaciones y estudio de variabilidad y costes en el País Vasco. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2000. Informe n.º: Osteba D-00-08.
3. Aizpuru F, Latorre A, Ibáñez B, Latorre García K, Vergara I, Pz de Arriba J, Samper R, López-Picado A, Apiñaniz A, Bilbao JL. Variability in the detection and monitoring of chronic patients in primary care according to what is registered in the electronic health record. *Family Practice* [en prensa].
4. Aizpuru F, Latorre A, Vergara I, et al. Cumplimiento y variabilidad de prácticas preventivas en Atención Primaria. Evolución 2007-2011 en la Comunidad Autónoma del País Vasco. IV Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. Alicante, 8-12 de marzo de 2012.
5. Yamall KSH, Østbye T, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Family physicians as team leaders: «time» to share the care. *Prev Chronic Dis*. 2009;6(2):A59. Disponible en: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/apr/08_0023.htm. Accessed [15 de marzo 2012].

MESA 6

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en sanidad: ni contigo ni sin ti

Viernes, 15 de junio / 15.30-17.30 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 0 / Auditorio

Moderadora:

Idoia Alcorta Michelena

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Osakidetza. OSI Bidasoa.

Ponentes y contenido:

1. Tecnologías de la información y la comunicación en Salud: ¿de la práctica basada en los sueños a la práctica basada en la evidencia?

Francisco Lupiáñez Villanueva

Licenciado en Economía

Profesor asociado de la Universitat Oberta de Catalunya, autor de la tesis «Internet, salud y sociedad».

2. Áreas de mejora de nuestra eSalud

Francisco Sánchez Laguna

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Subdirector médico del Servicio Andaluz de Salud. Médico de admisión en el Hospital Reina Sofía.

3. Redes reactivas

Ricardo Devis Botella

Asesor en Estrategia y Comunicación del Consejero de Sanidad.

Resumen

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) van ganando terreno en nuestras vidas. El mundo sanitario no es ajeno a este progresivo avance. Más allá de la historia clínica electrónica existen multitud de herramientas que sirven para el trabajo colaborativo o la comunicación entre profesionales o con los pacientes. Estos últimos, además, comienzan a aprovechar estas tecnologías y acuden a las consultas con información extraída de páginas web o redes sociales.

En esta mesa pretendemos plantear un debate sosegado analizando desde distintas perspectivas hasta qué punto los profesionales y los pacientes estamos preparados para utilizar las TIC, si su empleo ha demostrado mejorar los cuidados en salud o si añade nuevas desigualdades.

1. Tecnologías de la información y la comunicación en Salud: ¿de la práctica basada en los sueños a la práctica basada en la evidencia?

Francisco Lupiáñez Villanueva

Las tecnologías de la información y la comunicación forman parte directa o indirectamente de nuestras vidas. Ni el ámbito de la salud ni todos los actores de los sistemas sanitarios son ajenos a esta realidad: el acceso, la difusión y los usos de estas tecnologías ha generado enormes expectativas en torno al impacto positivo sobre la calidad asistencial, su eficiencia, la reducción de costes operativos y administrativos de las organizaciones sanitarias y la posibilidad de que se creen nuevos servicios de salud.

Sin embargo, las numerosas revisiones y metarevisiones sistemáticas de la literatura científica disponible nos muestran que estas potencialidades aún no son concluyentes y evidencian los numerosos retos relacionados con los métodos de evaluación de estas tecnologías (errores de medida; período del impacto; distribución de los beneficios; gestión de la tecnología) y con la interpretación de la paradoja de la productividad en las organizaciones sanitarias (las tecnologías de la información y la comunicación por sí solas no producen cambios en las organizaciones, salvo que vayan acompañadas de una reorganización, una gestión del cambio y programas de formación). En este sentido, las tecnologías de la información y la comunicación en los sistemas de salud no pueden entenderse como «píldoras» debido a sus características intrínsecas relacionadas con las externalidades; las economías de escala; las economías de alcance; las curvas de aprendizaje; los efectos complementarios y los efectos de sustitución.

Entender las características de las tecnologías de la información y la comunicación y sus procesos de acceso, difusión y usos por parte de ciudadanos, profesionales sanitarios, organizaciones proveedoras de servicios de salud e instituciones y responsables de política sanitaria (planificación, compra y evaluación) podría facilitar que estas tecnologías pasasen de formar parte de una práctica basada en sueños y promesas a una práctica basada en la evidencia.

2. Áreas de mejora de nuestra eSalud

Francisco José Sánchez Laguna

Mi presencia en la Red

Definimos la eSalud como la práctica de proporcionar cuidados sanitarios apoyada en tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Pero esta práctica no solo

depende de la tecnología; hay otros actores implicados que, a mi modo de ver, resultan mucho más importantes: las personas.

La tecnología puede ayudarnos a mejorar nuestra salud, no cabe ninguna duda. Pero debemos huir de modas, intereses creados y visiones fantasiosas de la realidad. Y es que, a pesar de lo que nos quieran hacer ver, el estado actual de nuestra eSalud dista de ser el ideal. Durante los próximos minutos analizaremos algunos de los problemas que la amenazan y propondremos estrategias para afrontarlos.

Comencemos por los profesionales sanitarios: ¿estamos preparados para la eSalud? El origen de esta cuestión se halla en otra pregunta: ¿nos forman adecuadamente para la eSalud?

Si hoy día no se puede concebir un médico que no trabaje con ordenadores, ¿por qué no se adaptan a ello nuestros planes de formación? Ya sea en la universidad, en la formación de residentes o formación continuada de profesionales, existen notables carencias en este ámbito.

Pero no solo me refiero al manejo de las redes sociales, si bien hay que tener en cuenta que no es lo mismo un uso personal que profesional. También debemos formarnos en la correcta búsqueda de información, en la prescripción de enlaces (debemos ser referentes de información), en hacer un uso correcto de las herramientas (sobre todo en lo referente a seguridad y privacidad de la información).

Parafraseando las conclusiones de una revisión sistemática publicada en *JMIR*, aunque nuestros estudiantes están «muy conectados» y se sienten cómodos usando internet, sus habilidades en eSalud se encuentran por debajo de lo que deberían ser.

Sigamos con los ciudadanos: ¿confían las personas en Internet como fuente de información para la salud?

A principios de 2011, *JMIR* publicó los resultados de una encuesta nacional sobre la confianza en internet como fuente de información de salud. La muestra estudiada estaba formada por personas mayores de 50 años que vivían en Estados Unidos, y aunque los resultados no puedan extrapolarse a nuestro entorno, bien es verdad que nos permite plantearnos algunas cuestiones.

¿Qué hacían estas personas en internet? Buscar información sobre enfermedades, comprar medicamentos y comunicarse con sus proveedores de salud.

Posiblemente, la segunda de las funciones mencionadas (comprar medicamentos) no sea muy aún representativa en nuestro entorno. Y para que la tercera ocurra de forma óptima, nuestras instituciones tendrán que madurar bastante (políticas). Pero no debemos despistarnos, porque todo terminará llegando y deberemos estar preparados para ello.

Continuando con los resultados del estudio, los dos factores de desconfianza que me parecen más relevantes son:

- Internet es confuso porque proporciona demasiada información (infoxicación).
- Hay una falta de conocimiento sobre la fuente que provee la información.

¿Qué debemos aprender de esto? Que debemos aportar los datos necesarios de manera clara, concisa y adaptada a quien la va a recibir. También debemos ayudar a nuestros ciudadanos a identificar fuentes de información fiables. Desde mi punto de vista, es nuestra responsabilidad, tanto desde el punto de vista institucional como profesional. En lugar de quejarnos (y defendernos) de aquellas personas que acuden a nuestras consultas con información inadecuada, aprovechemos la oportunidad para mostrarles cómo buscar lo que necesitan.

¿Y nuestras instituciones? ¿Qué pueden hacer para que la eSalud termine de despegar? Finalizaré mi intervención ex-

poniendo seis áreas de mejora que podrían ayudar en este sentido:

- No depender del voluntarismo: nuestras organizaciones deben evitar que la continuidad de los proyectos dependa exclusivamente de los voluntarios porque cuando estos se van (por lo que sea), el proyecto muere. Es muy conveniente que sean la chispa activadora, el motor de arranque, pero no debemos dejar que todo dependa solo de su presencia.
- Fomentar la formación: es la piedra angular para conseguir el cambio. Pero no me refiero a la formación voluntariosa, que también la hay: personas voluntariosas que imparten cursos (muchas veces por amor al arte) a otras personas voluntariosas. Debe hacerse una formación reglada. ¿Por qué? Pues porque si hoy día es imposible imaginar a un profesional que no vaya a trabajar con ordenadores, ¿por qué no está incluido en la formación el manejo de estas herramientas? Desde la universidad hasta la formación continuada, tenemos muchas oportunidades para lograr este objetivo, así que no puede haber excusa. Ilustremos este punto con un ejemplo: la seguridad y privacidad de la información. ¿Cuántas veces se ha presentado a la LOPD como poco menos que el lobo feroz? Normalmente son exageraciones emitidas desde el desconocimiento. En su lugar, debemos ver la ley como algo que nos dice cómo debemos hacer las cosas, no algo que debemos temer. Según mi experiencia personal, la inmensa mayoría de los errores en este ámbito se deben al desconocimiento, no a una mala intención. Nuestras instituciones no pueden permitirse que los profesionales no estén formados en estas cuestiones tan delicadas y habituales en la práctica diaria. Si no, llegarán los problemas, los grandes titulares y la desinformación, y al final el malo (y el abandonado a su suerte) será el pobre profesional. Desde mi punto de vista, la institución de turno posee también una gran carga de responsabilidad.
- Definir estrategias: nuestras organizaciones deben apostar fuerte por la eSalud. Y esto no consiste en poner la coetilla «nuevas tecnologías», «redes sociales» o «2.0» a los párrafos ya escritos de las políticas previas. Lo que deben hacer nuestras organizaciones es desarrollar una verdadera estrategia para la eSalud, partiendo desde cero y como elemento de entidad propia que se relacione inevitablemente con el resto de estrategias de la organización. Para esto se debe analizar en profundidad los esfuerzos que ya están en marcha para evitar duplicidades. Hay que plantearse qué se quiere conseguir (objetivos), cómo se va a hacer y cómo se van a evaluar los logros.
- Reconocimiento (externo): las organizaciones deben reconocer el trabajo realizado por los profesionales en el ámbito de la eSalud, y los ciudadanos deben percibirlo así. Por ejemplo, no conviene que un becario (o similar) esté detrás de un canal de una institución (ya sea Twitter, Facebook o lo que sea). Es preferible que se responsabilice alguien con autoridad y cierta capacidad de decisión. Cuando las personas se relacionan con una institución a través de internet, esperan una respuesta de dicha institución. Lo que haya detrás, les trae sin cuidado. Tampoco es recomendable usar estas herramientas como medios de comunicación unidireccionales. Si queremos entrar en la moda del 2.0, seamos al menos honestos con lo que anunciamos; no lo degrademos a nuestra conveniencia.
- Reconocimiento (interno): ¿qué quiero decir? Pues que la actividad «virtual» debe estar perfectamente integrada con la real, y hay que dedicarle el tiempo necesario y el

reconocimiento merecido. Por ejemplo, si atendemos a un ciudadano por correo electrónico, ello deberá tener su reflejo en nuestra agenda, como una cita presencial. Se deberán establecer unas condiciones de servicio para que todo aquel que contacte sepa qué esperar, cuándo esperarlo y qué hacer si no obtiene una respuesta satisfactoria (políticas y estrategia). Podemos decir lo mismo de la gestión del conocimiento. ¿Cómo queremos información de calidad en internet si nuestras propias organizaciones no la reconocen? ¿Podría valer lo mismo un artículo de interés en Wikipedia que un artículo en una revista de papel a efectos de la carrera profesional? ¿Podría asimilarse el impacto al número de visitas o comentarios? Si no se hace así, la información de calidad terminará dependiendo de los voluntariosos o de terceros.

- Normalizar la eSalud en la actividad de nuestras organizaciones. Pongamos un ejemplo: a los oftalmólogos de un hospital no les gusta hacer retinografías, pero es un servicio que ofrece nuestra organización, así que tienen que hacerlas. ¿Por qué no ocurre lo mismo con la eSalud? Por ejemplo, a mí me gustaría que la comunicación entre Atención Primaria y hospitalaria fuera más fluida usando el correo electrónico. ¿Por qué no puedo «obligar» a los profesionales a que así sea con unas determinadas condiciones de servicio? ¿Por qué nos permitimos que se pueda decir que no? Con esta negativa, nosotros mismos estamos creando agravios comparativos en nuestra población, pues los atendidos por un profesional voluntarioso tendrán acceso a más servicios que demás. No me malinterpreten cuando digo «obligar». Si nuestra organización ha decidido ofrecer este servicio, debe velar por su cumplimiento, pero también debe procurar los recursos necesarios para que se lleve a cabo (tiempo, remuneración, reconocimiento). Pretender que se haga «más por lo mismo» no es una opción, ya que volvemos a dejar las cosas en manos de los sobrecargados voluntariosos... ¡y así no puede ser!

3. Redes reactivas Ricardo Devis Botella

Contexto

Las redes sociales, en calidad de «comunidades *on-line*», se rigen por protocolos de comportamiento esencialmente ligados a afinidades emocionales, si bien la inmensa mayoría de estas redes procura únicamente el «marco» en el que desarrollar estas afinidades de forma no reglada.

Solo últimamente las redes comerciales de mayor preponderancia, como Facebook o la creciente Google+, empiezan a determinar el tipo de estado al que se asocian comentarios y acciones en la red (en el caso de Facebook, esta característica incluye la tipificación de «estados» calificados como «acontecimientos importantes» asociados a hitos, a aspectos relacionados con la salud, etc.).

Estas clasificaciones incipientes permitirían a las redes que las proponen ajustar sus contenidos y reacciones en razón del tipo de estado en que se encuentre cada sujeto (así, por ejemplo, en una boda de un familiar podrían ofrecerse felicitaciones *on-line*, listas de boda, etc.; pero también libros de firmas gratuitos para los amigos, un álbum de fotografías especial para el evento, etc.).

El problema es que estas redes (del tipo de Facebook) son generalistas: esto es, las usan cualquier persona o grupo, sin especificidad previa, por lo que los estados posibles, en tal caso general, serían demasiados; así que se preparan y promueven las más relevantes, asociadas a «hechos vita-

les». En el caso de pacientes crónicos, sin embargo, los estados pueden ser desglosados de una forma mucho más fina y, sobre todo, mucho más comprensible para los usuarios de la Red.

Emociones expresas

Nuestra propuesta consiste en operar sobre un marco simple sectorial (Red reactiva) en el que puedan expresarse emociones, de forma que cada elección represente un beneficio para el usuario. Esto es: si un perfil indica que se encuentra en el estado X será porque eso le reporta un beneficio inmediato, que usualmente estará enlazado con la modificación de la visión de la propia Red para que le aporte contraprestaciones específicas que dependen del estado que ha señalado. Así, por ejemplo, si un paciente declara que necesita ayuda, la Red le mostrará preferentemente perfiles de personas prestas a ayudarlo (cuidadores profesionales y voluntarios), pero también testimonios de otras personas que luchan por superar su propia enfermedad. De esta manera se ligará una recompensa a cada acción de señalamiento expreso de una emoción por parte de los usuarios. Y, además, la Red se acomodará a esas emociones (cuando se ha roto una relación sentimental, por ejemplo, no ayuda mucho mostrar fotografías de parejas felices o promociones de bodas).

Redes que responden

Una Red reactiva se basa en un entorno proactivo que permite y habilita un diálogo continuo red-usuario en función tanto de los estados emocionales como de las necesidades del usuario, con lo que aporta soluciones y satisfacciones concretas a cada uno de los requerimientos de este. En este contexto se establecen las necesidades derivadas de los estados emocionales de los usuarios de tal Red, así como de los procesos de tipificación de los contenidos y su procesamiento interno, de modo que la propia Red establece comportamientos adecuados a cada una de las relaciones ontológicas definidas en la relación de tipo de contenido y su asociación con el estado del usuario.

Las variaciones resultantes de esta relación, así como los propios elementos de tipificación, nos permiten ofrecer un nivel de servicios más allá de la mera adición de publicaciones enriquecidas, o no, con objetos, y cuya relación se queda en la afinidad de los participantes. La Red adaptará en cada momento tanto los diálogos como los contenidos a estados de ánimo y comportamiento determinados expresamente por los usuarios, y se proporcionarán herramientas que permitan el establecimiento de relaciones de carácter práctico e incluso la generación de informes de la evolución emocional en función de sus acciones en la red y su éxito o fracaso en la consecución de los objetivos que generaron dichas acciones.

Respuestas... a preguntas concretas

Las respuestas/reacciones de las redes reactivas deben circunscribirse a la esfera de las relaciones concretas entre los diferentes colectivos de nuestro entorno sociosanitario: ... de forma que diferentes tipos de relaciones se asocien a distintos comportamientos de sus redes asociadas.

Nuestras redes reactivas

Basándonos en el principio arquitectónico de «orden orgánico», se han aplicado patrones reactivos de «integración», «habitabilidad» y «afinidad emocional» a diferentes comunidades en nuestro entorno:

... de forma que en estas redes los usuarios pueden manifestar sus necesidades, requerir respuestas, obtener reacciones y, a la vez, expresar con autonomía sus preferencias y conservar el control de sus propias iniciativas.

Tratamiento antiosteoporótico y práctica clínica

Viernes, 15 de junio / 12.00-14.00 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 0 / Auditorio

Moderador y ponente:

Guías de osteoporosis más reconocidas en la práctica clínica. Repercusión poblacional en la decisión de tratar
José Sanfélix Genovés

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Reumatólogo. GdT de Enfermedades Reumatológicas semFYC y coordinador del Grupo de Reumatología SVMFIC. CS Ciudad Jardín. Departamento de Alacant-Hospital General. Agencia Valenciana de Salud.

Ponentes y contenido:

1. Relación coste-beneficio del tratamiento antiosteoporótico

Beatriz González López-Valcárcel

Catedrática de Métodos cuantitativos en economía y gestión. Universidad de las Palmas de Gran Canaria.

2. Nuevas perspectivas en el tratamiento farmacológico de la osteoporosis

Josep Blanch Rubió

Reumatólogo Consultor 3. Sección de Metabolismo óseo. Servicio de Reumatología. Hospitales Universitarios del Mar y de La Esperanza. Unitat de Recerca en Fisiopatología òssia i articular (URFOA). Institut Municipal de Investigacions Mèdiques (IMIM). Parc de Salut-Mar. Barcelona.

3. Osteoporosis: abordaje práctico desde la consulta en Atención Primaria

Vicente Giner Ruiz

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Reumatólogo. GdT de Enfermedades Reumatológicas semFYC y coordinador del Grupo de Reumatología SVMFIC. CS Ciudad Jardín. Departamento de Alacant-Hospital General. Agencia Valenciana de Salud.

Introducción

Tratamiento antiosteoporótico y práctica clínica

Guías de osteoporosis más reconocidas en la práctica clínica. Repercusión poblacional en la decisión de tratar
José Sanfélix-Genovés

Resumen: En este caso se trata de resultados de un estudio de investigación relacionado con el tema de la mesa.

Autores: José Sanfélix Genovés^{1,2}, Gabriel Sanfélix-Gimeno¹, Salvador Peiró¹, Isabel Hurtado¹, Cristóbal Baixauli¹, Ferrán Catalá-López^{1,3}

Objetivo: Estimar la repercusión poblacional en la decisión de tratar de acuerdo a las recomendaciones de las guías de

¹ Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP). Valencia.

² Fundación de Investigación del Hospital Clínico Universitario-Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA. Valencia.

³ División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Madrid.

práctica clínica nacionales e internacionales relacionadas con el manejo de la osteoporosis.

Material y métodos: *Diseño:* estudio transversal. *Ámbito de estudio:* ciudad de Valencia. *Sujetos:* muestra aleatoria poblacional de 824 mujeres posmenopáusicas mayores de 50 años obtenida entre 2006-2007 (cohorte FRAVO). *Mediciones e intervenciones:* encuesta realizada *ad hoc* sobre factores de riesgo de osteoporosis, realización de una densitometría ósea (DXA lumbar y cadera) y una radiografía de columna dorsal y lumbar. Se seleccionaron las guías relacionadas con el manejo de la osteoporosis de las principales sociedades científicas u organismos nacionales (semFYC, SER, SECOT, SEIOMM, GuíaSalud SNS, SEMERGEN), europeos (NOGG y NICE) y norteamericanos (NOF, NAMS, AACE y Osteoporosis Canadá). La valoración de los algoritmos de decisión la realizaron dos profesionales de forma independiente y hubo discrepancias por un tercero. En las situaciones en las que la decisión, respecto a solicitar DXA o instaurar tratamiento farmacológico (TF), no se establece y se deja a la valoración del médico, se asume que se realiza. *Análisis:* para la valoración de la repercusión poblacional, a cada uno de los sujetos se le aplica el algoritmo propuesto a fin de determinar si reúne criterios para la instauración de TF, simulando las condiciones de la práctica clínica habitual. Los resultados se presentan como porcentajes ponderados para representar la distribución de edad de la ciudad de Valencia con sus respectivos intervalos de confianza del 95 % (IC 95 %). *Aspectos ético-legales:* el estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Atención Primaria. A todas las mujeres se las informó acerca de las características del estudio y firmaron el correspondiente consentimiento informado.

Resultados: La población de mujeres mayores de 50 años susceptibles de ser tratadas según los diferentes criterios propuestos por las guías varía entre el 8,8 % (IC 95 % : 6,0-11,7 %) según NICE y el 44,1 % (IC 95 % : 39,8-48,4 %) según SER. La NOF es la guía internacional más intervencionista, si se siguieran sus recomendaciones el 35,3 % (IC 95 % : 30,9-39,7 %) de las mujeres serían candidatas a ser tratadas. Respecto a las guías nacionales, los criterios de la semFYC y la SEIOMM son los más conservadores, pues identifican en ambos casos como población a tratar al 23,1 % (IC 95 % semFYC: 19,4-26,9 % ; IC 95 % SEIOMM: 19,4-26,7 %) de las mujeres (siendo el 31,7 % y el 27,7 % de las pacientes de 65 años o mayores, respectivamente), aunque sin diferencias significativas con SEMERGEN (24,1 % ; IC 95 % : 20,3-27,9 %). En las mujeres menores de 65 años, los criterios más restrictivos de las guías internacionales son los del NICE y Osteoporosis Canadá (0,7 % ; IC 95 % : 0,0-1,4 % y 0,8 % ; IC 95 % : 0,0-1,7 % respectivamente) y de las nacionales GuíaSalud (5,8 % ; IC 95 % : 3,5-8,1 %). Respecto al impacto poblacional en el ámbito del Sistema Nacional de Salud (asumiendo similares factores de riesgo y fracturas que en la muestra de estudio), serían candidatas a recibir tratamiento entre 600 mil y 3,2 millones de mujeres mayores de 50 años, según se aplicaran los criterios de una u otra guía.

Conclusiones: Existen importantes diferencias en la población a tratar según se sigan unas u otras recomendaciones de las distintas guías nacionales e internacionales. Las repercusiones potenciales de estas diferencias en términos de salud y costes pueden ser muy relevantes.

1. Relación coste-beneficio del tratamiento antiosteoporótico

Beatriz González López-Valcárcel

La osteoporosis no es una enfermedad, sino un factor de riesgo

La osteoporosis no es una enfermedad; constituye un factor de riesgo de fracturas óseas, que son las que imponen coste y carga de enfermedad, más que tener un nivel bajo en la medición de densidad mineral ósea (DMO). Así se considera en los estudios de coste de enfermedad, dentro del proyecto «Global Burden of Disease» en curso¹. La osteoporosis (DMO < 2,5 DE) por sí misma no empeora la calidad de vida². Las consecuencias de las fracturas han de valorarse en términos de la mayor morbilidad, mortalidad y pérdida de calidad de vida relacionada con la salud. Para evaluar el coste-efectividad de los tratamientos, es fundamental contar con buenas estimaciones de los riesgos individuales, lo que no es fácil.

Las dificultades, y coste, de evaluar el riesgo individual

Medir la DMO en España cuesta unos 60 euros³, lo que suma 532 millones de euros para las mujeres de 50 años o mayores, y 20 millones de euros anuales para las que cumplen 50 años. Hay escalas (Q-Fracture, FRAX) que evitan la DMO, pues evalúan el riesgo de fractura a partir de factores pronósticos de riesgo. Ambas presentan inconvenientes⁴.

El análisis coste-efectividad es poblacional; la decisión, individual

En prevención, la decisión de formar parte de un programa es individual y depende, entre otras cosas, de la aversión al riesgo, de la tasa personal de descuento y de la valoración personal de los efectos secundarios. La comunicación de los riesgos individuales y de su reducción con el tratamiento osteoporótico es esencial, pero no siempre está bien resuelta⁵. Uno no recibe el mismo mensaje si le dicen (por ejemplo, una mujer de 50 años con osteoporosis, DMO < 2 DE) que con el alendronato reducirá el riesgo de fractura de cadera en un 45 % que si le dicen que sin tratamiento tendrá 4 entre 10.000 posibilidades de sufrir una fractura y con el tratamiento esta cifra se reducirá a 2 entre 10.000.

En el ámbito colectivo, los estudios de carga de la enfermedad contribuyen a mejorar el conocimiento de las implicaciones clínicas y económicas de la osteoporosis, pero se utilizan interesadamente para magnificar el problema⁶ y convencer de la necesidad de intervención.

Estimaciones del coste-efectividad del tratamiento de la osteoporosis: la clave está en la indicación

Un informe de diciembre de 2010 de la AETS³ acerca del uso de alendronato, risedronato, ibandronato, raloxifeno y ranelato de estroncio en comparación con calcio y vitamina D o placebo para la prevención de fracturas en mujeres posmenopáusicas osteoporóticas en España concluye que la prevención primaria no es coste-efectiva antes de los 70 años, ni siquiera en mujeres con osteoporosis. Solo el alendronato obtiene una razón coste-utilidad incremental por debajo de los 30.000 euros por AVAC que se suele tomar como referencia, a partir de los 69 años. Los demás tratamientos resultan dominados. Los resultados son contundentes: a los 50 años, el ICER del alendronato es 287.474 euros.

Los resultados de los ACE son extremadamente sensibles a la indicación. Hay una gran divergencia de guías de práctica, pero en todas ellas se diferencia entre prevención primaria y secundaria. En su guía de 2010, NICE recomienda el alendronato genérico como primera opción tras una selección

cuidadosa de la indicación: factores de riesgo de fractura, DMO baja y edad. Los otros fármacos son solo una segunda opción cuando no puede administrarse alendronato.

En tiempos de crisis, hay que revisar el umbral de coste por AVAC y el impacto presupuestario

En tiempos de crisis, el coste de oportunidad de los recursos públicos aumenta; tal vez habría que bajar el umbral de coste por AVAC que la sociedad está dispuesta a pagar. Y en cualquier caso, hay que considerar el impacto presupuestario, además del ICER. Por ejemplo, si se decidiera tratar con el medicamento de menor precio (alendronato genérico) a las personas con un riesgo del 3% o mayor de fractura de cadera en 10 años, el coste del tratamiento en España sería casi cinco mil millones de euros anuales².

Referencias bibliográficas

1. GBD. Global Burden of Disease Study Operations Manual. Final draft January 2009. Disponible en: http://www.global-burden.org/GBD_Study_Operations_Manual_Jan_20_2009.pdf. 2009.
2. Sanfélix-Genovés J, Hurtado I, Sanfélix-Gimeno G, Reig-Molla B, Peiró S. Impact of osteoporosis and vertebral fractures on quality-of-life. a population-based study in Valencia, Spain (The FRAVO Study). Health and quality of life outcomes. 2011;9:20. Epub 2011/04/08.
3. AETS. Análisis coste-utilidad de los tratamientos farmacológicos para la prevención de fracturas en mujeres con osteoporosis en España. Informe del Instituto de Salud Carlos III Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. 2010.
4. González López-Valcárcel B, Sosa-Henríquez M. Estimación del riesgo de fractura osteoporótica a 10 años para la población española. Med Clin (Barc). 2012 [en prensa].
5. Gaissmaier W, Gigerenzer G. Statistical illiteracy undermines informed shared decision making. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2008;102(7):411-3. Epub 2009/02/13.
6. González López-Valcárcel B. It's all about the money: using the burden of disease. EUPHA Conference Copenhagen, noviembre de 2011. Disponible en: http://www.eupha.org/repository/conference/2011/documents/Round_table_health_in_all_policies_-_Burden_of_Disease_-_Beatriz_Gonzalez.pdf

2. Nuevas perspectivas en el tratamiento farmacológico de la osteoporosis

Josep Blanch Rubió

La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por la disminución en la densidad y la calidad ósea, lo que provoca un incremento en la fragilidad ósea que conduce a la aparición de fracturas óseas delante de un mínimo o nulo traumatismo. Se trata de una enfermedad con una elevada prevalencia que reduce la esperanza y la calidad de vida de los que la sufren y ocasiona un importante impacto sociosanitario. Los actuales tratamientos antiosteoporóticos son eficaces al reducir la tasa de fracturas tanto vertebrales como no vertebrales, como se ha demostrado en ensayos clínicos de la mayor calidad según la medicina basada en la evidencia. A pesar de lo mencionado, aún estamos lejos de que el clínico pueda disponer de los fármacos perfectos. Entre los inconvenientes que los medicamentos presentan, destacan: relativa eficacia anti-fractura; efectos secundarios importantes tanto a corto como a largo plazo; problemas de cumplimiento y adherencia terapéutica, etc. Todo ello representa un importante reto tanto para los investigadores básicos como para clínicos para que desarrollen nuevos fármacos que se acerquen al ideal del tratamiento antiosteoporótico.

La investigación farmacológica en el campo de la osteoporosis es muy activa. En la actualidad, dentro de los inhibidores de la resorción (anticatabolitos), se encuentran en diferentes fases de desarrollo clínico los inhibidores de la catepsina K (odanacatib, relacatib y MK-0674), los inhibidores de las integrinas, los inhibidores de la Src-quinasa y los inhibidores de los mecanismos de acidificación. En el área de los fármacos anabólicos y dentro de los moduladores de la vía Wnt, se encuentran en diferentes fases los anticuerpos anti-esclerostina (AMG-785), inhibidores de la sFRP y los inhibidores de las activinas (ACE-011), así como el desarrollo como antiosteoporótico de la PTH-rp. Se comentarán las principales características de los mismos y su posible uso como fármacos antiosteoporóticos.

Bibliografía

Pérez-Edo, L, Alonso-Ruiz A, Roig-Vilaseca D, García-Vadillo A, Guañabens-Gay N, Peris P, et al. Actualización 2011 del Consenso Sociedad Española de Reumatología. Reumatol Clin. 2011;7:357-379.

3. Osteoporosis: abordaje práctico desde la consulta en Atención Primaria

Vicente Giner Ruiz

Disponer de una sistemática de actuación facilita el trabajo del médico; a continuación se hace una propuesta en ese sentido:

1. Aplicar medidas preventivas a toda la población

Asegurar la ingesta de calcio y vitamina D según la edad y la situación clínica. Recomendar ejercicio físico en función de la edad y condición física del sujeto; para evitar la pérdida de masa ósea son útiles los ejercicios de carga y para la prevención de caídas los de control postural y equilibrio. Evitar el tabaquismo, consumo de alcohol y, en la medida de lo posible, los fármacos implicados en la pérdida de la masa ósea (semFYC, 2008).

2. Identificar a los pacientes de riesgo: factores de riesgo de fractura

La búsqueda activa de personas con factores de riesgo de fractura (FRF) es la mejor estrategia para identificar a quienes pueden sufrir una fractura. La detección oportunista en la consulta por parte del personal médico y de enfermería es la manera idónea para el cribado de las personas con riesgo. Los FRF son muy numerosos. En la literatura española, los más referidos son los de la Sociedad Española de Investigación Ósea y Metabolismo Mineral (SEIOMM) y en el ámbito europeo, los de la International Osteoporosis Foundation (IOF).

3. Descartar el origen secundario de la baja masa ósea o de la fractura osteoporótica

Para catalogar una fractura por fragilidad o una baja masa ósea (osteopenia u osteoporosis) como primaria, es necesario realizar el diagnóstico diferencial con otras causas de fractura y enfermedades relacionadas con la pérdida de masa ósea.

4. Decidir qué pacientes se han de tratar con fármacos

Una vez identificados los pacientes con riesgo de sufrir una fractura ósea (FO), es necesario disponer de criterios definidos para valorar el riesgo de fractura y decidir a partir de qué riesgo se ha de tratar.

- Recomendaciones generales para el tratamiento farmacológico en prevención primaria:

- Tratar, por su mayor riesgo, a mujeres mayores de 65 años y hombres mayores de 70 años.

- Con factores clínicos de riesgo de fractura (FCRF): a mayor número de factores de riesgo, mayor riesgo de fractura.
- Con baja masa ósea:
 - No tratar, como único factor, la osteoporosis densitométrica, especialmente en mujeres jóvenes, a menos que la pérdida de DMO sea muy alta: puntuación T por debajo de 3 DE (descartar osteoporosis secundarias).
 - Cuanto más baja sea la DMO, menos necesidad de FCRF asociados para justificar el tratamiento.
 - En valores de osteopenia u osteoporosis límites (alrededor de puntuaciones T de - 2 DE), mayor necesidad de FCRF consistentes para tomar la decisión de tratar con fármacos, especialmente en los de menor edad.

• **Recomendaciones generales para el tratamiento farmacológico en prevención secundaria:**

Tratar siempre que exista una FO previa de: cadera; o vertebral de clínica leve, moderada o grave (Genant, 1993); o vertebral morfológica si existe más de una leve* o al menos una moderada*.

Pedir una DO, si no se dispone de ella, considerar FCRF y tratar según los criterios de prevención primaria o aplicar la escala FRAX en los casos de:

- Fractura morfológica leve* única, especialmente en sujetos sin FCRF
- Dos o más vértebras con valores de disminución de la altura *borderline**
- Fractura de Colles y proximal de húmero

5. Escoger el fármaco

Los criterios que hay que tener en cuenta para escoger el fármaco son: lugar de acción y fractura que pretendemos evitar (vertebral, cadera o ambas), ya que no todos los fármacos tienen acción sobre ambas; contraindicaciones y efectos secundarios; tiempo de uso clínico en la comunidad; cumplimiento, es decir, medida en la que el fármaco, o asociación de fármacos, puede favorecer el cumplimiento terapéutico; precio: a igualdad de los criterios anteriores, usaremos el de menor precio.

La mayor parte de los fármacos utilizados en el tratamiento de la osteoporosis (OP) han demostrado su eficacia en ensayos clínicos en los que se ha administrado también vitamina D y calcio, tanto al grupo de intervención como al grupo control. Por ello, al iniciar el tratamiento farmacológico debemos asegurar niveles adecuados de calcio y vitamina D. El calcio puede aportarse mediante la dieta o con suplementos.

6. Seguimiento

Debe hacerse el seguimiento de tres aspectos: eficacia o no del tratamiento; cumplimiento, y seguimiento general de la intervención. Ninguno de los tres aspectos está bien establecido en la literatura.

En la OP, como en la mayoría de los tratamientos crónicos, el cumplimiento y la adherencia no es el adecuado. A través de la entrevista clínica y con una buena comunicación con el paciente puede mejorarse. Se trata de uno de los aspectos clave del seguimiento, en el que el papel de enfermería es esencial.

Bibliografía

- Abizanda M, Carbonell C, Casado P, Fernández C, Gómez F, Iglesias A, et al. Osteoporosis. En: Pérez FE, Ramírez D, De Santiago AM, editores. Semergen Doc. Madrid-Barcelona: Edicomplet; 2007.
- Ferrer A, Estrada MD, Borrás A, Espallargues M. Guía para la indicación de la densitometría ósea en la valoración del riesgo de fractura y en el control evolutivo de la osteoporosis. *Med Clin (Barc)*. 2009;132:428-436.
- Genant HK, Wu CY, Van Kuijk C, Nevitt MC. Vertebral fracture assessment using a semiquantitative technique. *J Bone Miner Res*. 1993;8(9):1137-48.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Osteoporosis y Prevención de Fracturas por Fragilidad. Guía de Práctica Clínica sobre Osteoporosis y Prevención de Fracturas por Fragilidad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya (AATRM); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM n.º 2007/02.
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Investigaciones Óseas y Metabolismo Mineral (SEIOMM). Guías de práctica clínica en la osteoporosis posmenopáusica, glucocorticoidea y del varón. *Rev Clin Esp*. 2008. Disponible en: http://www.seiommm.org/documentos/Rev_Clin_Esp_Guías_SEIOMM.pdf
- Kanis JA, Burlet N, Cooper C, Delmas PD, Reginster J, Borgstrom F, et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int*. 2008;19(4):399-428.
- Sanfélix J, Giner V, Carbonell C, Pérez A, Redondo R, Vargas F. Osteoporosis. Manejo en Atención Primaria. Sanfélix J, Giner V, editores. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2008.

Mesas de programas y secciones semFYC

MESA PAPPS

Jueves, 14 de junio / 12.00-14.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 0 / Auditorio

Moderador:

Amando Martín Zurro

Presidente del Organismo de Coordinación del PAPPS

Ponentes y contenido:

1. Blogs, Facebook, Twitter, YouTube y otras aplicaciones web 2.0 en educación sanitaria y promoción de la salud

Francisco Camarelles Guillem

Grupo de Educación Sanitaria del PAPPS.

2. Actividades preventivas no indicadas:

«las no recomendaciones»

Alberto López García-Franco

Grupo de Actividades Preventivas en la Mujer del PAPPS.

3. «Información, conocimiento y responsabilidad del paciente» en la prevención y promoción de la salud

Albert Jovell Fernández

Presidente Foro Español de Paciente

4. Programa para abordar el consumo de riesgo de alcohol desde la atención primaria.

«Mójate con el alcohol»

Vicenta Lizarbe Alonso

Jefa de Área de Prevención de la Subdirección de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Resumen

Las actividades preventivas y de promoción de la salud suponen una parte importante de las actividades realizadas en las consultas de Atención Primaria por parte de los profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría y enfermería. El PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Prevención de la Salud) constituye el principal programa de ámbito estatal en este campo. Entre sus objetivos destaca el generar recomendaciones periódicas de prioridades y métodos preventivos en base a la evidencia científica. El objetivo principal de esta mesa es el de aportar la actualización de las actividades preventivas que propone el programa y plantear aspectos de debate y controversia sobre la prevención y promoción de la salud

1. Blogs, Facebook, Twitter, YouTube y otras aplicaciones web 2.0 en educación sanitaria y promoción de la salud

Francisco Camarelles Guillem

En los últimos años, los profesionales sanitarios estamos empezando a familiarizarnos con las nuevas herramientas que ofrece la web, la llamada web 2.0. Nuevas tecnologías infor-

máticas están apareciendo a diario y nos proporcionan nuevas herramientas de comunicación. Los blogs, Twitter, Facebook y YouTube son ejemplos de estas nuevas herramientas web que suponen una auténtica revolución en la forma de gestionar la información; sus principales características son: inmediatez, componente social, posibilidad creciente de interacción web-usuario, gratuidad y sencillez de manejo. Así, lo más destacable de estas herramientas no radica en los avances tecnológicos que favorecen, sino en el espíritu de colaboración y de compartir de forma abierta que propician. Lo que está claro es que la web 2.0 proporciona a los profesionales sanitarios un nuevo y dinámico espacio para interactuar. Podemos definir la medicina basada en la web 2.0, la medicina 2.0, como la que se funda en el uso de herramientas del entorno web por parte de personas implicadas en el cuidado de la salud, profesionales sanitarios, pacientes o científicos, que generan contenidos que se comparten en red. La medicina 2.0 puede favorecer la colaboración entre médicos y pacientes, las prácticas colaborativas entre profesionales, el cuidado médico personalizado y la formación médica continua; en este último campo, la aparición de blogs con contenido docente supone un nuevo paradigma en la forma de publicar información, en el concepto de propiedad y de control de lo publicado.

Los objetivos que pretende esta ponencia son:

- Presentar el blog del grupo Educación para la Salud del PAPPS. <http://educacionpapps.blogspot.com/>
- Describir aplicaciones web y usos concretos que puedan aportar valor al profesional sanitario en la gestión de la información. Poner énfasis en educación sanitaria, promoción y prevención de la salud.
- Compartir recursos de búsqueda de información entre los asistentes en prevención y promoción de la salud.
- Conocer experiencias de trabajo colaborativo de la blogosfera sanitaria española en prevención y promoción de la salud: Mi Vida Sin Ti, Jornada videoysalud, y otros, como ejemplo de compartir, interactuar y trabajar de forma colaborativa.

En la ponencia se va a hablar sobre: blogs recomendables en prevención y promoción de la salud; el uso de Twitter para mantenerse actualizado; YouTube y la importancia de los vídeos en la prevención y promoción de la salud; Facebook para compartir intereses con amigos y compañeros, y otras aplicaciones de futuro.

Se presentará el blog del grupo Educación para la Salud del PAPPS, que supone una oportunidad para mantenerse actualizado en prevención y promoción de la salud, dado que se comentan temas relacionados con el consumo de alcohol y de tabaco, la actividad física, la alimentación y nutrición, la comunicación, la metodología para la educación para la salud, los accidentes de tráfico, la infección por VIH y la prevención de la enfermedad con promoción de estilos de vida saludables. Además referenciamos artículos, alertas, documentos, etc. relacionados con la educación para la salud y estilos de vida saludables que pueden ser de interés para los profesionales de Atención Primaria. Cada nueva entrada del blog se envía a los profesionales adscritos al PAPPS. Además se puede seguir en Facebook (más de 500 amigos) y Twitter@pcamarelles.

Con la publicación del blog, el grupo de educación sanitaria y promoción de la salud del PAPPS pretende:

- Compartir lo que sabemos de educación sanitaria, promoción y prevención de la salud entre las personas interesadas, focalizando en estilos de vida y sus cambios.
- Transmitir lo que saben otros, de modo que el blog sirva de filtro a informaciones de prevención y promoción de la salud no basadas en el conocimiento científico más actual.
- Cumplir con nuestro deber de profesionales sanitarios y ciudadanos: razonar, opinar, discutir, y aportar.

- Presentar lo que hacemos como grupo.
- Crear un espacio específico en la web sobre educación sanitaria y promoción de la salud, con espacios de conversación abierta que otros puedan aprovechar.
- Archivar cosas que nos interesan como grupo a nosotros y que quizás también puedan resultar de interés a otras personas.
- Poner orden en la web a través de nuestros enlaces.
- Transmitir a nuestros compañeros profesionales sanitarios la importancia de la prevención y promoción de la salud y nuestro convencimiento de que es necesario que abordemos estos temas en el día a día de nuestras consultas.
- Desarrollar distintos roles como grupo de trabajo teniendo en cuenta nuestros intereses profesionales, aficiones e intereses sociales.
- Seguir divulgando el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud PAPPs de la semFYC.
- Disfrutar con ello porque nos gusta.

Para finalizar, reflexionaremos sobre qué impacto puede ejercer la medicina 2.0 en la práctica clínica diaria, así como sobre la credibilidad de lo publicado y sobre el papel que pueden desempeñar los blogs de salud con enfoque docente.

Bibliografía

- Samuel Kai Wah Chu, Matsuko Woo, Ronnel B. King, Stephen Choi, Miffy Cheng & Peggy Koo. Examining the application of Web 2.0 in medical related organisations. 2011 Health Libraries Group Health Information and Libraries Journal 1. Disponible en: http://works.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article=1021&context=ronnel_king
- Hughes B, Joshi I, Wareham J. Health 2.0 and Medicine 2.0: tensions and controversies in the field. J Med Internet Res. 2008 Aug 6;10(3):e23. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2553249/?tool=pubmed>
- Giustini D. How Web 2.0 is changing medicine. BMJ. 2006 Dec 23;333(7582):1283-1284. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/333/7582/1283/view=long&pmid=17185707>
- Van De Belt TH, Engelen LJ, Berben SA, Schoonhoven. Definition of Health 2.0 and Medicine 2.0: a systematic review. J Med Internet Res. 2010 Jun 11;12(2):e18. Disponible en: <http://www.jmir.org/2010/2/e18>
- McLean R, Richards BH, Wardman JI. The effect of Web 2.0 on the future of medical practice and education: Darwinian evolution or folksonomic revolution? Med J Aust. 2007 Aug 6;187(3):174-7. Disponible en: http://www.mja.com.au/public/issues/187_03_060807/mcl10181_fm.html
- Bernardo Oliva. Porque escribo un blog docente en medicina familiar y comunitaria. I congreso Blogosfera sanitaria. Madrid; 2010. http://www.fgcasal.org/fgcasal/blogosfera_sanitaria_participacion.asp#a4

2. Actividades preventivas no indicadas:

«las no recomendaciones»

Alberto López García-Franco

En la realización de actividades preventivas, tan importante como seleccionar qué actividades están indicadas, es analizar las que no lo están. La aplicación de tecnologías sanitarias, tanto diagnósticas como terapéuticas, debe someterse a un análisis crítico, dadas las consecuencias de su aplicación no selectiva en términos de yatrogenia. La validez del test de cribado en términos de sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo adquiere una importancia trascendental. En este sentido, muchas de las actividades preventivas deben realizarse en población de riesgo para que el valor predictivo positivo del test aumente al incrementarse la prevalencia de la enfermedad. Este es el caso del cribado densitométrico de la osteoporosis, cuya indicación debe relacionarse básica-

mente con el riesgo absoluto de fracturas, asociado a la edad¹. No toda enfermedad de elevada magnitud es susceptible de cribado. En el caso del cáncer de ovario está suficientemente claro que su pronóstico depende del estadio en el que se diagnostica. Sin embargo, los datos disponibles plantean muchas dudas sobre la conveniencia del cribado no solamente por la validez del test, sino por problemas de sobrediagnóstico. No parece que el cribado del cáncer de ovario sea coste-efectivo. El examen pélvico manual detecta tan solo 1 de cada 10.000 mujeres asintomáticas exploradas². El antígeno CA 125 se eleva en el 80 % de las mujeres con tumores de ovario, pero solo en el 50 % de las mujeres con el tumor limitado al ovario, y además es poco específico². Recientemente se han publicado los resultados del The United Kingdom Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS)³, un ensayo clínico aleatorizado (ECA) en el que intervinieron más de 200.000 mujeres posmenopáusicas (entre 50-74 años) randomizadas en tres grupos: control, cribado multimodal (MMS) con determinación anual de CA 125 y ultrasonido transvaginal, y cribado ultrasónico transvaginal (USS). Se detectaron 42 cánceres en el grupo MMS y 45 en el grupo USS; 47 pacientes del grupo MMS y 787 en el grupo USS sufrieron cirugía con ovarios normales, y de estas, tuvieron complicaciones mayores (perforación, hemorragias, tromboembolismos...) 2 en el grupo MMS y 22 en el grupo USS.

Sobre este tipo de tumores existen dudas referentes al sobrediagnóstico: 8 casos del grupo MMS y 20 del grupo de ultrasonografía correspondieron a tumores *borderline*, cuya supervivencia a los 10 años es del 95 % . De los 58 cánceres invasivos, 28 (16 en el primero y 12 en el segundo) se encontraban en estadio I-II. La sensibilidad de cribado conjunto (MMS) fue de un 89,4 %, y 84,9 % en el caso del grupo USS. La especificidad fue de 99,8 % en el primer grupo y de 98,2 % en el segundo. El VPP fue de 43,3 % para el MMS y 5,3 % para el grupo de ultrasonidos. Si consideramos solamente los cánceres invasivos, el VPP baja a un 35,1 % para el cribado conjunto y 2,8 % para los ultrasonidos. En el momento actual no se disponen de datos sobre supervivencia. El seguimiento terminará en diciembre de 2014.

Sobre el cribado del cáncer de pulmón también existen importantes dudas. Este tipo de cáncer tiene un mal pronóstico, con menos de un 15 % de supervivencia a los 5 años. Ello es debido a la falta de tratamientos y a que dos tercios de los tumores son diagnosticados con metástasis regionales o distantes. La prevención primaria de dicho tumor consiste en la erradicación del tabaquismo. Entre 1951 y 1975 se desarrollaron 10 estudios, 4 de ellos aleatorizados, pero no consiguieron demostrar beneficios en términos de disminución de mortalidad con el cribado radiológico del cáncer de pulmón⁴. Hace años, estudios observacionales sugerían que la realización de cribado de cáncer de pulmón con tomografía computarizada (TC) de bajas dosis (radiación de 0,65 mSv, en comparación con otras TC con 3,5-7 mSv) permitiría detectar cánceres en estadios precoces y aumentar su supervivencia (ELCAP)⁵. A partir de entonces, se han iniciado ensayos clínicos randomizados en Estados Unidos, en los que se compara la TC con la radiografía de tórax, y en Europa, en los que se compara cribado con TC frente a no cribado.

El estudio del National Lung Screening Trial (NLST)⁶ fue un ECA realizado para evaluar la eficacia del cribado con tomografía computarizada helicoidal en comparación con la radiología torácica en la disminución de la mortalidad por cáncer de pulmón. Ha sido el primer ensayo clínico que ha demostrado reducción de la mortalidad por cáncer de pulmón. La población estudiada (54.454 personas) tenía entre 55 y 74 años con una historia de tabaquismo de 30 paquetes al año. El problema planteado fue el elevado número de falsos

positivos que generó el estudio. El 39,1 % de los participantes en el grupo TC y el 16 % del grupo con radiografía tuvieron al menos un resultado positivo en el test (96,4 % de falsos positivos en el grupo TC y el 94,5 % del grupo Rx de tórax).

En octubre de 2010, se contabilizó un total de 354 muertes por cáncer de pulmón en el grupo TC y un total de 442 muertes en el grupo con radiología. Los ratios de muerte en el grupo TC y Rx de tórax fueron, respectivamente, de 247 y 309 muertes por 100.000 personas al año, con una reducción relativa de muerte del 20 % en el grupo TC (95 % CI, 6-8-26,7; $p = 0,004$). A pesar de los resultados referentes a la disminución de mortalidad por cáncer de pulmón, todavía existen dudas en relación con la eficacia de la intervención (se obtuvo una reducción de la mortalidad por cáncer de pulmón, pero no de mortalidad total). El hecho de que dicho estudio finalizara antes por el efecto positivo de la intervención plantea también dudas sobre el resultado, ya que la terminación temprana puede sobredimensionar sus resultados. La conclusión de los estudios europeos arrojará luz sobre la pertinencia del cribado, si bien los resultados de alguno de ellos, como el Danish Lung Cancer Screening Trial (DLCST)⁷, realizado sobre un total de 4.104 fumadores de edades comprendidas entre los 50 y 70 años, arroja un elevado número de falsos positivos y tan solo un 53 % de tumores detectados en estadio I.

En relación con el cáncer de próstata, sabemos que el PSA es un marcador de este tipo de cáncer, pero sus niveles se encuentran elevados igualmente en la hipertrofia benigna y en la prostatitis, mientras que niveles por debajo de 4 ng/ml no garantizan la ausencia de cáncer de próstata.

El principal beneficio esperable del cribado con PSA es la reducción de la mortalidad, tanto la específica por cáncer de próstata como la global. Para su evaluación disponemos de una revisión sistemática Cochrane actualizada con los cinco ECA disponibles (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer [ERSPC], Prostate, Lung, Colon and Ovary Study [PLCO], Estocolmo, Norrköping y Quebec)⁸. Los resultados muestran que el cribado detecta más cánceres de próstata y en estadios más precoces, pero no ejerce un impacto sobre la mortalidad por cáncer de próstata (RR = 0,95; IC 95 % : 0,85-1,07). En uno de los principales estudios analizados, se concluyó que, para evitar una muerte por cáncer de próstata, 1.410 hombres deberían ser cribados y 48 tratados (con una media de edad al diagnóstico de 70 años)⁹. A los 13 años de seguimiento, los recientes resultados del ensayo PLMO no modifican las conclusiones aportadas por esta revisión¹⁰. El problema que pesa sobre estos cánceres es el del sobrediagnóstico, ya que muchos de ellos no se habrían hecho patentes en la vida del individuo y, sin embargo, exponemos a los pacientes a los efectos secundarios de las intervenciones diagnósticas asociadas a la biopsia diagnóstica (hemorragias, infección, dolor, ansiedad y los efectos psicológicos de un resultado falsamente positivo) y relacionadas con el tratamiento (disfunción eréctil, incontinencia urinaria, síntomas urinarios, aumento de la mortalidad).

En 1987 se inició un estudio de 20 años de duración en el que se evaluó inicialmente en hombres entre 50 y 69 años la eficacia del tacto rectal, al que se asoció a partir de 1993 el cribado con PSA¹¹. En dicho estudio no se demostró aumento de la supervivencia por cáncer ni de la supervivencia total entre el grupo cribado y el grupo control.

En contra del cribado sistemático se muestra la USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force)¹²: no lo recomienda en pacientes mayores de 75 años, y tampoco cuenta con suficientes datos para valorar el balance beneficio-riesgo de la intervención por debajo de esta edad.

Referencias bibliográficas

1. U.I.S. Preventive Services Task Force. Screening for osteoporosis: U.S. Preventive Services Task Force. Recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2011;154:356-364.
2. Jelovac D, Armstrong DK. Recent Progress in the Diagnosis and treatment of Ovarian Cancer. *CA Cancer J Clin.* 2011;61:183-203.
3. Menon U, Gentry-Majarah A, Hallet R, et al. Sensitivity and specificity of multimodal and ultrasound screening for ovarian cancer, and stage distribution of detected cancers: results of the prevalence screen of the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS). *Lancet Oncol.* 2009;10: 327-340.
4. Doria-Rose VP, Szabo E. Screening and prevention of lung cancer. En: Kernstine KH, Reckamp KI, eds. *Lung Cancer: a multidisciplinary approach to diagnosis and management.* Nueva York: Demos Medical Publishing; 2010: 53-72.
5. Henschke CI, Yankelevitz DF, Libby DM, et al. The International Early Lung Cancer Action Program Investigators. Survival of patients with Stage I Lung Cancer Detected on CT screening. *N Engl J Med.* 2006;355:1763-1771.
6. The National Lung Screening Trial Research Team. Reduce Lung Cancer Mortality with Low Dose Computed Tomographic Screening. *N Engl J Med.* 2011;365:395-409.
7. Pedersen JH, Ashraf H, Dirksen A, Bach K, Hansen H, Oennessen P. The Danish Randomized Lung Cancer CT Screening Trial-Overall design and results of the prevalence round. *J Thorac Oncol.* 2009;4: 608-614.
8. Ilic D, O'Connor D, Green S, Wilt TJ. Screening for prostate cancer: an updated Cochrane systematic review. *BJU Int.* 2011; 107:882-91.
9. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, et al. ERSPC Investigators. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med.* 2009;360:1320-8.
10. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd, Buys SS, Chia D, Church TR, et al; for the PLCO Project Team. Prostate Cancer Screening in the Randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: Mortality Results after 13 Years of Follow-up. *J Natl Cancer Inst.* 2012;104:125-132.
11. Sandblom G, Varenhorst E, Rosell J. Randomised prostate cancer screening trial: 20 year follow-up. *BMJ.* 2011;342: d1539 doi:10.1136/bmj.d1539
12. Chou R, Crosswell JM, Dana T, Bougatsos C, Blazina I, Fu R, et al. Screening for Prostate Cancer: A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2011;155:762-71.

4. Programa para abordar el consumo de riesgo de alcohol desde la atención primaria.

«Mójate con el alcohol»

Vicenta Lizarbe Alonso

En el año 14 y 15 de junio de 2007 se celebró la 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Uno de los cuatro temas que se trataron en la misma fue la «Prevención de los problemas derivados del alcohol». Se identificaron una serie de puntos clave como la necesidad de la identificación precoz de consumidores de riesgo, mediante un cribado sistemático utilizando unos instrumentos estandarizados. Se consensuaron recomendaciones en relación al tipo de cuestionarios a utilizar y a la necesidad de incorporar los instrumentos de cribado de manera sistemática a las historias clínicas de los profesionales de Atención Primaria.

Además se revisó la evidencia sobre la intervención breve y se recomendaba que todos los profesionales sanitarios debieran de realizarla para reducir el consumo de alcohol en personas con consumos de riesgo.

Estas recomendaciones han sido una asignatura pendiente a lo largo de estos años.

Últimamente con la aprobación de la *Estrategia global para reducir el uso nocivo alcohol de la OMS (2010)* y del *Plan de acción europeo para reducir el uso nocivo de alcohol 2012/2020* de la OMS estas acciones se han visto muy reforzadas al figurar la detección de consumos de riesgo y la intervención breve como una de las áreas de acción recomendadas a nivel nacional. Para ello se han establecido indicadores a todos los países para el seguimiento de dicha actividad, y se insta a los países a invertir en formación a sus profesionales en esta materia. Todo esto ha llevado al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la DG de Salud Pública a plantearse la necesidad de proporcionar una herramienta de formación continuada a los profesionales sanitarios del SNS para la detección precoz del consumos de riesgo e intervención breve desde el ámbito de la Atención Primaria de Salud, siendo la semFYC la sociedad que desarrollara este proceso. Se presentará brevemente en esta mesa el curso y sus materiales con los que se ha pretendido sistematizar al máximo este aprendizaje y que será desarrollado en el taller docente de este congreso. Esta formación está acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias del SNS.

MESA PACAP

Capacitación en salud de la población a través de la participación comunitaria

Viernes, 15 de junio / 09.30-11.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 0 / Sala E

Moderadora:

M.ª Eugenia Azpeitia Serón

Coordinadora General PACAP. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Psicoterapeuta. UAP Valles I. Consultorio Salcedo-Comunicación. Comarca Araba

Ponentes y contenido:

1. MIHsalud: una experiencia de dinamización comunitaria basada en la capacitación de poblaciones en situación de vulnerabilidad

Joan Josep Paredes Carbonell

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnico de Promoción de Salud del Centre de Salut Pública de València.

2. IAPartylarizu. hipótesis de evaluación participativa. Red de ajustes de promoción de la Salud

Rosa Mateos García

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UAP Olárizu. Osakidetza.

Jacinta Hernández García

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UAP Olárizu. Osakidetza.

G. Contreras Cabrejas

DUE UAP Olárizu. Araba. Osakidetza.

J. Landa Ircio

Animador sociocultural de mayores CSCM San Cristobal. Araba.

E. López Albaina

Auxiliar administrativo UAP Olárizu. Araba. Osakidetza

3. Medidas para mejorar los resultados en EPOC en el Gran Manchester: perspectiva multimodal

Arpana Verma

(MChB, MPH (distinction), PhD, FFPH), Senior Lecturer and Honorary Consultant in Public Health (NHS Bury), Director of the Manchester Urban Collaboration on Health, School of Translational Medicine, University of Manchester

[Esta actividad dispondrá de un servicio de traducción simultánea](#)

Resumen

La participación comunitaria se entiende como una toma de conciencia colectiva de toda la comunidad sobre factores que frenan el crecimiento; tiene lugar por medio de la reflexión crítica y la promoción de formas asociativas y organizativas que facilitan el bien común.

El abordaje comunitario de la salud es un medio y un instrumento necesario para el tratamiento de los problemas de salud dentro de una concepción bio-psico-social y ecológica del proceso salud/enfermedad; permite tratar los determinantes de la salud en un ámbito geográfico pequeño y de un modo intersectorial y participativo. Su objetivo consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de la persona para emprender una acción, así como la capacidad de los grupos o comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud (conductas individuales orientadas a la salud y uso de los servicios sanitarios; condiciones sociales, económicas y del entorno), así como sobre la prestación de servicios sanitarios. Con ello queremos conseguir que las personas sean más autónomas en el cuidado de su salud y de su enfermedad.

El sistema sanitario ha de asumir que su influencia sobre la dimensión colectiva de salud si bien es relevante, resulta parcial y menor que la de otros sectores que afectan directamente a los aspectos sociales, económicos y de condiciones de vida, como los agentes de urbanismo, educación, cultura, servicios sociales, etc.

Con esta mesa queremos presentarles tres intervenciones que muestran cómo se puede realizar un abordaje en el ámbito comunitario: en primer lugar, una intervención que va desde la promoción de la salud hasta la prevención terciaria en el campo de la enfermedad crónica: EPOC; en segundo lugar, la intervención en hábitos saludables a través de una red de agentes de promoción de la salud (RAPS), y, por último, un programa de movilización social en entornos urbanos basado en la mediación intercultural, la perspectiva de género, el empoderamiento personal y comunitario y la formación de agentes de salud en el tejido asociativo que se dirigen a poblaciones en situación de vulnerabilidad social.

1. MIHsalud: una experiencia de dinamización comunitaria basada en la capacitación de poblaciones en situación de vulnerabilidad

Joan Josep Paredes-Carbonell

Introducción

Nadie nos ha enseñado a participar en el cuidado de nuestra salud; hemos aprendido de la experiencia, del entorno próximo, de nuestra red social, y también de nuestras vivencias en el proceso salud-enfermedad junto con profesionales cercanos y amables, especialmente de Atención Primaria. Si la cuestión de la participación sigue siendo trascendental en

el ámbito del «proceso compartido de toma de decisiones» para promover la capacitación, la autonomía y el autocuidado desde la atención individual, aún sigue siendo más importante y necesario en el ámbito de la salud colectiva.

A través de esta comunicación se pretende describir las herramientas que desde el programa MIHsalud (2007-2012) hemos desarrollado y que se han mostrado exitosas para dinamizar y capacitar a las personas participantes en el control de su propia salud. Las dificultades y oportunidades a la hora de llevar a cabo el programa nos permiten reflexionar sobre qué significa «capacitar», cómo podemos ser más efectivos en los procesos de «capacitación» en salud, qué papel desempeñamos como profesionales y qué propuestas «de presente» nos planteamos.

¿Qué es MIHsalud?

MIHsalud (Mujeres, infancia y hombres construyendo salud) es un programa de movilización social y alta difusión en entornos urbanos dirigido a promover la salud a través de la capacitación de las personas en situación de elevada vulnerabilidad para mejorar el control de su salud. El programa se basa en la mediación intercultural, la perspectiva de género, la formación de profesionales en competencia cultural y atención a la diversidad y la acción comunitaria a través del «apoderamiento» personal y comunitario.

El eje que vertebra la acción de MIHsalud es: «el proceso de capacitación y «apoderamiento» dirigido al acceso y utilización adecuada de los servicios y programas de salud por parte de la población en situación de vulnerabilidad no solo genera equidad en salud, sino que también proporciona espacios de convivencia, integración y cohesión social». El proceso y resultados intermedios del programa son de alto valor desde el punto de vista político, social y comunitario.

¿Qué herramientas de dinamización comunitaria utiliza?

Dinamizar supone «imprimir intensidad y rapidez a un proceso» o bien adquirir «dinamismo», que significa «energía activa, vitalidad que estimula los cambios o el desarrollo». MIHsalud plantea una combinación de herramientas que pretenden dar intensidad y agilidad al proceso de cambio social en salud. Estas herramientas son:

- Aproximación y trabajo en red con asociaciones
- Foro comunitario 2.º Martes Salud
- Formación-acción de agentes de salud de base comunitaria
- Dinamización en territorio por parte de mediadores y agentes de salud: elaboración de mapas de localización de recursos y población diana, colaboración con líderes comunitarios, activación de puntos informativos, desarrollo de conversaciones informales y talleres.

Cómo se entiende la «capacitación» desde MIHsalud

Las personas que se implican en el programa (las del tejido asociativo, las que se forman como agentes de salud o las que participan en las actuaciones de mediadores y agentes) reciben información a través de mensajes clave (consensuados previamente con la propia población y profesionales) en relación con:

- Conciencia de autocuidado
- Acceso a servicios (especialmente de Atención Primaria y salud sexual y reproductiva)
- Acceso a programas específicos: embarazo, parto y puerperio, y al programa del niño/a sano/a
- Derechos sexuales y reproductivos
- Igualdad entre hombres y mujeres
- Fertilidad y anticoncepción

- Prevención de la violencia de género
- Prevención de ITS/sida

Pero la información no es suficiente, aunque sea a partir de mensajes adaptados culturalmente. El proceso de participación-capacitación no se limita a la información. MIHsalud ha creado espacios para «generar opinión» y favorecer la «toma de decisiones» (no solo de la población, sino también de los profesionales que se involucran). Pero lo fundamental es promover un contexto favorable al cambio, un ámbito motivador para proceder a la «acción» que se intenta conseguir a través de transferir los cambios a los espacios cotidianos: en las prácticas de la formación-acción; en las conversaciones informales (a nivel individual); en los talleres (a nivel grupal) y en los procesos de evaluación basados en la reflexión y la mejora.

Así pues, la «capacitación» (hacer a alguien apto, habilitarlo para algo) se entiende desde MIHsalud desde una perspectiva participativa y de «apoderamiento» (poner algo en poder de alguien o darle la posesión de ello; hacerse dueño de algo, ocuparlo, ponerlo bajo su poder; hacerse poderoso o fuerte; prevenirse de poder o de fuerzas) individual y comunitario. Esto significa que es un proceso compartido con el profesional. En él hay «transferencia» mutua de «poder», de «capacidades» y de «control» sobre los «procesos» y «decisiones». No solo las personas «reciben» en este intercambio; el profesional también se capacita, también se «llena» de «capacidad de cambio». En definitiva, estamos hablando de ser más autónomos y menos dependientes para «tomar decisiones» en nuestras vidas, ya sea como personas o como profesionales.

¿Cómo podemos ser más efectivos en los procesos de «capacitación» en salud?

Avanzar en este proceso de «capacitación» de lo individual a lo comunitario es difícil. Sinceramente, creo que aún estamos lejos. En la figura que propone Popay nos situamos en el nivel de coproducción de cambios. Desde este nivel hemos de seguir «subiendo», pero sin olvidar que podemos «bajar» rápidamente a niveles inferiores debido a nuestra inercia «des-capacitante».

Para ello, proponemos el rediseño participativo del programa, con las personas situadas en el centro, y partimos de sus necesidades y potencialidades y planteamos objetivos compartidos y estrategias, comunes o distintas, en función del papel que cada uno desempeñe. Sería importante ser innovadores en la «gobernanza» del propio programa e incrementar el espacio de decisiones y decisores. El ámbito directivo también tiene que alentar y favorecer este tipo de iniciativas dentro del ámbito habitual del trabajo e incluirlo en la cartera de servicios.

Es importante que superemos la mirada culpabilizadora hacia el «paciente» como víctima de «sus propios» desmanes en relación con la salud; que viajemos hacia el «arcoíris» de los determinantes sociales y asumamos la «insostenible levedad del ser... profesional de la medicina». Es esencial que no solo tengamos en cuenta los modelos de déficits, necesidades, factores de riesgo y problemas; que nos pongamos las «gafas» del «vaso medio lleno»; que nos demos cuenta de que las personas y las comunidades tienen un patrimonio de salud: talentos, sueños, capacidades, recursos... activos y totalmente dispuestos para construir salud... ¿Por qué no contar con ellos? En parte, todo esto será posible en la medida que «entendamos» cuál es nuestro papel como profesionales en mitad de estos procesos. O tal vez, sin entenderlo demasiado, será posible solo si nos atrevemos a salir de la cómoda despacho y nos arriesgamos a explorar, a equivocarnos, a acertar... Hablamos de profesionales salutogénicos, intentadores, trans-

formadores, vinculadores de teoría y práctica, descubridores de la práctica con sentido.

2. IAPartylarizu: Hipótesis de evaluación participativa

Red de agentes de promoción de salud

R. Mateos García, J. Hernández García,

G. Contreras Cabrejas, J. Landa Ircio,

E. López Albaina

En la práctica clínica asistencial, el binomio paciente y profesional, definido como correspondencia biunívoca, puede incorporar de forma recíproca índices de corresponsabilidad en promoción de salud.

IAPartylarizu, proyecto de investigación acción participativa (IAP), surge en el año 2003 en una Unidad de Atención Primaria (UAP) urbana con el propósito de integrar dentro del marco asistencial la toma de decisiones compartidas en actividades comunitarias fomentando el autocuidado y la promoción de hábitos saludables (PHS).

Cuenta con nueve años de experiencia participativa en actividades de autocuidado del dolor crónico, de promoción de salud (reeducación postural, ergonomía doméstica, innovación en alimentación, cuidado del pie, decálogo del medicamento, el reto de prevenir la dependencia, promoción cardiosaludable y hábitos saludables en la actividad sexual) y promoción de habilidades sociales para personas inmigrantes. La participación comunitaria incorpora progresivamente un estilo evaluativo como eje central del desarrollo del proyecto, lo que permite incorporar un elemento más de capacitación de la comunidad¹.

El proyecto pretende realizar un estudio piloto elaborando un protocolo de investigación cualitativa.

La pregunta de investigación (PICO):

«Los indicadores de salud pueden definirse por las partes interesadas en los servicios de salud.»

P: Partes interesadas: «la comunidad»

I: Definir indicadores de salud

C: Comparar dos intervenciones comunitarias en el año 2011 en una UAP

O: Elaboración de indicadores de salud con metodología participativa

El objetivo principal es dinamizar un proyecto de investigación acción participativa² en la promoción de hábitos saludables dentro del marco de la intervención comunitaria de una Unidad de Atención Primaria.

Consensuar la siguiente fase, pasa por definir objetivos específicos:

- Desarrollo de un programa desde el ámbito de la participación comunitaria que promueva el autocuidado y la capacitación en promoción de hábitos saludables (PHS).
- Desarrollo colaborativo de acciones comunitarias en salud junto con la red de agentes de promoción de salud (RAPS).
- Implementar herramientas de participación comunitaria (HPC; encuestas de opinión y satisfacción, dinámicas grupales, observación participante) con técnicas de evaluación participativa (EP).
- Fomentar la investigación cualitativa elaborando indicadores cuantitativos/ cualitativos que consensuados con los agentes comunitarios faciliten la evaluación de los proyectos de participación comunitaria.

La meta del proyecto de IAP es conocer desde las expectativas de la población qué necesidades son prioritarias en promoción de salud^{3,4} e incorporar en la consulta de AP metodología APOC (Atención Primaria orientada a la comunidad) que facilite el desarrollo participativo.

El estudio piloto, cualitativo exploratorio, toma como punto de partida las actividades comunitarias de PHS realizadas en 2011 en la UAP: «Ejercicio, zapato y cuchara. ¿Participas?» y «Gotas de Salud. Partylarizu».

En ambas actividades, profesionales y participantes evaluaron el proyecto con la técnica matriz DAFO, encuesta de satisfacción y encuesta de sugerencias⁵.

La permanencia de los participantes en el grupo de trabajo comunitario ha consolidado la red de agentes promotores de salud (RAPS) que voluntariamente desarrollan actividades comunitarias en la UAP junto a profesionales sociosanitarios desde el año 2009 (actualmente nueve pacientes de tres centros de salud).

Posteriormente, el grupo interno de evaluación participativa (GIEP), integrado por tres agentes RAPS y cuatro agentes sociosanitarios, define de forma participativa (IAP), mediante la técnica cualitativa de búsqueda de consenso Phillips⁶, los indicadores de participación y evaluación⁷.

La población participante se incorpora por muestreo no probabilístico intencional⁸. Los asistentes se inscriben a través de los centros de salud y centros cívicos de Araba vía *on-line*, telefónicamente o de forma presencial.

La colaboración de profesionales sociosanitarios de Atención Primaria (AP), atención especializada (AE) y agentes comunitarios es desde el año 2003 significativa, pues estos participan en la capacitación de RAPS, búsqueda bibliográfica y difusión del proyecto.

La entrevista de acceso se realiza en la consulta de AP, al igual que la encuesta de satisfacción/sugerencias, al final de las actividades. Se valoran criterios de exclusión, opiniones y variables cuanti-cualitativas.

La recogida de datos se realiza mediante técnicas conversacionales y observacionales⁹.

El análisis de los datos, en campos de respuesta múltiple (*multiple choice*) en hojas Excel, incluye variables de técnicas de PC y EP consensuadas:

- Cuestionarios elaborados por RAPS
- Matriz DAFO
- Observación Participante
- Pre/post test

Posteriormente, GIEP replantea la pregunta de investigación, priorizando los indicadores cuantitativos y cualitativos seleccionados.

«La comunidad, bien formada, puede definir los indicadores que midan la mejora y la participación en actividades de promoción de salud.»

Evaluar implica priorizar los indicadores que expresan el grado de motivación e impacto en salud:

- Expectativas de los participantes
- Promedio satisfacción
- Tendencia colaboración RAPS
- Tasa de permanencia en la actividad

Hay que destacar que los resultados cuantitativos y cualitativos son elaborados de forma participativa por los participantes en las actividades^{5,10,11}.

El proyecto define nuevas herramientas de EP como mejoras a implantar. La finalidad es la evaluación del aprendizaje tras dos meses de realización del taller (encuesta telefónica o presencial).

Hay un observador participante neutro en cada sesión.

El paradigma de las conclusiones

Integrar dinámicas de grupo como HPC en cada sesión, realizadas por RAPS, estimula la participación comunitaria en el desarrollo de la actividad comunitaria.

La matriz DAFO «adaptada» introduce un cambio de estrategia en el conocimiento de las expectativas de la comunidad.

La observación participante evalúa de forma directa la motivación de los asistentes.

La informatización de los datos incorporando ítems de respuesta múltiple (*multiple choice*) incluye campos en Microsoft Access que posibilitan su codificación²⁶. Medir la actividad comunitaria incorpora elementos de comparación y mejora. El proceso evaluativo implica integrar datos cualitativos con cuantitativos y a partir de aquí adquirir el compromiso de cumplir las expectativas (metodología investigación-acción participativa).

RAPS afirma que su participación en el proyecto acorta barreras en la relación con el profesional sanitario y establece corresponsabilidad en la toma de decisiones en PHS.

El desarrollo del protocolo de investigación en el proyecto Partylarizu, tras el estudio piloto llevado a cabo en 2011, pone de manifiesto la necesidad de integrar los indicadores cualitativos como motor de avance en investigación-acción. Elaborar el indicador «relevancia participativa» como medida de impacto de las actividades de participación comunitaria en AP es un reto que la comunidad, como parte interesada, es capaz de definir.

Proyecto del máster universitario de Investigación en Atención Primaria. Universidad Miguel Hernández.

Mesh Terms

Empowerment. Health promotion. Quality indicators, Health Care. Qualitative research. Community-Based Participatory Research.

Fecha de revisión del texto 29 de Marzo 2012.

Agradecimientos:

Centro de salud Olárizu, Araba. Centro cívico Hegoalde. CSCM San Cristóbal. C.E.P San Ignacio, Sociedad Gastronómica y Escuela de danza.

A todos los que participáis:

Compañeros UAP Olárizu
Agentes comunitarios Olárizu
Hospital universitario (Araba)
Biblioteca Txagorritxu
RAPS
GIEP

Bibliografía

1. Ruiz Moral R. The role of Physician-Patient Communication in promoting Patient-Participatory Decision Making. *Health Expect.* 2010;13: 33-44.
2. Basagoiti R M, Bru M, Paloma y Lorenzana C. La IAP de bolsillo. Madrid: ACSUR Las Segovias; 2001.
3. Ruiz Moral R. La participación del paciente en la toma de decisiones: cuestiones controvertidas y una propuesta integradora y práctica. *FMC.* 2011;18(4):205-11.
4. Hamamoto MH, Derauf DD, Yoshimura SR. Building the base: two active living projects that inspired community participation. *Am J Prev Med [Internet].* 2009 [cited 2009 Dec];37(6 Suppl 2):S345-51.
5. Mateos R, Hornas JJ, Delgado ML, Contreras G, Sáenz de Cámara JA, López MC. Matriz DAFO en un proyecto comunitario. Red de Promotores de Salud. Amia Matrisea Proiektu Komunitario Batean. Osasun-Sustatzailen Sarea. Donostia-San Sebastián. 19 y 20 de mayo de 2011. III Congreso Nacional de Atención sanitaria al paciente crónico.
6. Grupo de trabajo para la Promoción de la Investigación en Atención Primaria de la Comunidad Valenciana. [Promotion of research in primary care.] *Aten Primaria.* 2008 Mar;40(3):125-31. Spanish. PubMed PMID: 18373924.
7. Russell MW, Campbell LA, Kisely S, Persaud D. The development of community health indicators: a district-wide approach. *Community Health, Capital Health, Halifax, Nova Scotia, Canada. Chronic Dis Can.* 2011 Mar; 31(2):65-70. PMID: 21466756
8. Conde F. El análisis de la información en la investigación cualitativa. En: Calderón C, Conde F, Fernández de Sanmamed MJ, Monistrol O. Introducción a la investigación cualitativa. Máster de Investigación en Atención Primaria. Barcelona: semFYC, UAB, Fundación Dr Robert; 2003.
9. Calderón C, Fernández de Sanmamed MJ. Investigación Cualitativa en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008. pp. 211-40.
10. Mateos R, Atorrasagasti Y, Goenaga ME, Contreras G, Landa J, López de Vallejo M. Proyecto Partylarizu. Ejercicio, zapato y cuchara. ¿Participas? Vitoria-Gasteiz. 15 de abril de 2011. XIII Encuentro Nacional del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). I Encuentro para la Promoción de la Salud Comunitaria en el País Vasco.
11. Mateos R, Lasagabaster R, Contreras G, Cáceres M, Carrasco AL, López MC. Paciente experto en un Proyecto Comunitario. Palma de Mallorca 13 y 14 de mayo de 2010. XII Encuentro Nacional PACAP. III Trobada Participació Comunitària per a la promoció de la salut a les Illes Balears.
12. Bruner P, Davey MP, Waite R. Culturally sensitive collaborative care models: exploration of a community-based health center. *Fam Syst Health [Internet].* 2011 [cited 2011 Sep];29(3):155-70.
13. Gellert KS, Aubert RE, Mikami JS. Ke, Ano Ola: Moloka'i's community-based healthy lifestyle modification program. *Am J Public Health [Internet].*
14. Bastida EM, Tseng TS, McKeever C, Jack L Jr. Ethics and community-based participatory research: perspectives from the field. *Health promot pract [Internet].* 2010 [cited 2010 Jan];11(1):16-20.
15. Heritage Z, Dooris M. Community participation and empowerment in Healthy Cities. *Health Promot Internation [Internet].* 2009 [cited 2009 Nov];24 Suppl 1:45-i55.
16. Plumb M, Collins N, Cordeiro JN, Kavanaugh-Lynch M. Assessing process and outcomes: evaluating community-based participatory research. *Prog. community health partnersh. [Internet].* 2008 [cited 2008];2(2):85-6, 87-97.
17. Bru P, Basagoiti M. La investigación-acción participativa como metodología de mediación e integración socio-comunitaria. Madrid; 2001.
18. Caruana CJ, Wasilewska-Radwanska M, Aurengo A, Dendy PP, Narenauskaitė V, Malisan MR, et al. A comprehensive SWOT audit of the role of the biomedical physicist in the education of healthcare professionals in Europe. *Physica Medica.* 2010 Apr;26(2):98-110.
19. Rodríguez-Villasante T. Del desarrollo local a las redes para mejor vivir. Buenos Aires: Ed. Lumen; 1998.
20. VV.AA. La investigación social participativa. Barcelona: Ed. El Viejo Topo; 2000.
21. Halcomb EJ, Gholizadeh L, DiGiacomo M, Phillips J, Davidson PM. Literature review: considerations in undertaking focus group research with culturally and linguistically diverse groups. *J Clin Nurs.* 2007 Jun;16(6):1000-11. Review. PubMed PMID: 17518876.
22. Ruiz Moral R, Peralta Mungía L, Pérula de Torres L, Gavilán Moral E. Patients involvement in decision making in Primary Care Clinics: Development of a measuring tool (original en español). *Aten Primaria.* 2010;42:257-65.
23. Pérez Castán JE, Gómez González MC, Alonso Moreno FJ. Investigar en Atención Primaria. 7DM. 2011 Julio;(833).
24. Mchunu GG, Gwele NS. The meaning of community involvement in health: the perspective of primary health care communities. *Curatationis.* 2005 May;28(2):30.
25. Gómez González RM, Fernández González J. Prescripción de promoción de salud en las consultas de Atención Primaria. *RI-DEC* 2012;5(1). Calderón C. Curso Básico de Investigación Cualitativa. Osteba Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Bilbao, 29 y 30 de enero de 2008.
26. Atención Primaria orientada a la comunidad. Disponible en: <http://www.apoc-copc.org/cast/home.htm>.
27. Mateos R, Contreras G, López de Vallejo M, Hornas JJ, Plata R, Morán J. Gotas de Salud Partylarizu. Programa de promoción

de Hábitos Saludables. II Jornada PAPPS-PACAP. Madrid, 20 de octubre de 2011. Comunicación oral.

28. Baum F, MacDougall C, Smith D. Participatory action research. *J Epidemiol Community Health* 2006 Oct;60(10): 854-7.
29. Macaulay AC. Promoting participatory research by family physicians. *Ann Fam Med* 2007 Nov;5(6):557-60.

3. Measures to improve COPD outcomes in Greater Manchester: a multimodal approach Arpana Verma

COPD is a complex disease where public health can offer both commissioners and providers of services invaluable tools to help with evidence-based decision-making. The following are discrete projects in which COPD is used to demonstrate the utility of the tools commonly used in the UK as part of routine public health practice. The first is a needs assessment which maps local needs, demands and service with the evidence-based literature. The second is to use a population impact assessment tool to help prioritise interventions in COPD. The third is how to engage pharmacists in providing support for evidence-based prescribing in COPD.

Healthcare needs assessment of chronic obstructive pulmonary disease services in Trafford

A. Verma¹, G. Mates², C. Franco³, L. Davies³, R. F. Heller⁴, B. Leahy²

¹ Evidence for Population Health Unit, University of Manchester, M13 9PT

² Trafford Healthcare NHS Trust, Moorside Road, Manchester M41 5SL

³ Trafford PCTs, Oakland House, Old Trafford, Manchester M16 0PQ, UK

Introduction

The introduction of intermediate care (Tier 2) in most primary care trusts (PCTs) will facilitate patients with COPD to be managed in primary care. Before setting up the intermediate care service, it was felt that a healthcare needs assessment would identify current and future gaps that could be filled by the Tier 2 team.

Methods

An audit of the admissions, practice-based computer records and prescribing was undertaken by Trafford North and South PCTs. A questionnaire was also sent to 23 GP practices to determine needs in primary care.

Results

The audit of admissions and readmissions to Trafford Healthcare Trust between 1 January 2004 and 31 May 2004 showed that 50% of patients who were admitted with COPD were not under the care of a respiratory physician. There were 136 admissions with a primary diagnosis of COPD of which 17 were patients admitted twice, one patient 64 and one patient 66. The median (range) age on admission was 73.6 years (range 57.8-87.4) with an average length of stay of 11.1 days per admission. An audit of referrals to a respiratory outpatient department for COPD showed that 109 referrals out of 187 patients did not have COPD. A similar audit of the respiratory specialist nurses' referrals revealed 20 out of 200 patients were inappropriately referred. The audit of computer-based records at five GP practices showed that severity, admissions, and spirometry results were not recorded routinely. The postal questionnaire to 23 GP practices had a 78% response rate (18/23 practices). 16/18 (88.9%) had a COPD register and all practices had a noted smoking status and offered smoking cessation support. Only 9/18 (50%) of nurses had received any training in COPD. 15/18 (83.3%) were trained in spirometry though only 10/18 (55.6%) used it to confirm diagnosis. Comments received included more training on COPD and spirometry.

Conclusions

50% of patients admitted with COPD are not under the care of a respiratory physician who has a high outpatient workload. Primary care colleagues are excellent at smoking cessation but would like more training and support in diagnosis and management of patients with COPD.

Recommendations

To provide a Tier 2 service that has an assessment and diagnostic arm to improve patient satisfaction and convenience while reducing outpatient/inpatient stay through early diagnosis and appropriate management based on the BTS/NICE guidance. This service will need to be evaluated once established.

Population Impact Analysis: a framework for assessing the population impact of a risk or intervention

Arpana Verma¹, Perihan Torun¹, Elizabeth Harris², Richard Edwards³, Isla Gemmell⁴, Roger A. Harrison⁴, Iain E. Buchan⁴, Lisa Davies⁵, Lesley Patterson¹, Richard F. Heller⁶

¹Manchester Urban Collaboration on Health, School of Translational Medicine, Manchester Academic Health Science Centre, University of Manchester, Manchester M14 7PH, UK

²Centre for Primary Health Care and Equity, University of New South Wales, Sydney, Australia

³Department of Public Health, University of Otago, Wellington, New Zealand

⁴School of Community Based Medicine, University of Manchester

⁵NHS Trafford, 3rd Floor, Oakland House, Talbot Road, Old Trafford, Manchester M16 0PQ, UK

⁶People's Open Access Education Initiative, <http://www.peoples-umi.org>

Address for correspondence to Arpana Verma: School of Translational Medicine, Manchester Academic Health Science Centre, University of Manchester, Stopford Building, Oxford Road, Manchester M13 9PT, UK

E-mail: arpana.verma@manchester.ac.uk

Journal of Public Health, Vol. 34, No. 1, pp. 83-89 doi: 10.1093/pubmed/fdr026

Background

To describe an organising framework, Population Impact Analysis, for applying the findings of systematic reviews of public health literature to estimating the impact on a local population, with the aim of implementing evidence-based decision-making.

Methods

A framework using population impact measures to demonstrate how resource allocation decisions may be influenced by using evidence-based medicine and local data. An example of influenza vaccination in the over 65s in Trafford to reduce hospital admissions for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is used.

Results

The number of COPD admissions due to non-vaccination of the over 65 in Trafford was 16.4 (95% confidence interval: 13.5; 19.5) and if vaccination rates were taken up to 90%, 11.5 (95% confidence interval: 9.3; 13.8) admissions could have been prevented. A total of 705 (95% confidence interval: 611; 861) people would have to be vaccinated against influenza to prevent one hospital admission.

Conclusions

Population Impact Analysis can help the 'implementation' aspect of evidence for population health. It has been developed to support public health policy-makers at both local and national/international levels in their role of commissioning services.

Are pharmacists reducing COPD'S impact through smoking cessation and assessing inhaled steroid use?

Arpana Verma¹, Annie Harrison¹, Perihan Torun¹, Jorgen Vestbo², Richard Edwards³, Judith Thornton¹

¹ Manchester Urban Collaboration on Health, Manchester Academic Health Sciences Centre, Room 2.523 Stopford Building, University of Manchester, Manchester M13 9PT, UK

² Respiratory Research Group, Manchester Academic Health Sciences Centre, 2nd Floor Education and Research Centre, University Hospital South Manchester, Southmoor Road, Manchester M23 9LT, UK

³ Department of Public Health, Level J, University of Otago, 23a Mein Street, Newtown, Wellington 6242, New Zealand

Respir Med. 2012 Feb;106(2):230-4. Epub 2011 Sep 7.

Background

The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) COPD 2004 guidelines recommend:

- COPD patients who smoke should be encouraged to stop at every opportunity;
- Inhaled corticosteroid should be used only among patients with moderate to severe COPD;
- Pharmacists should identify smokers and provide smoking cessation advice.

The community pharmacy contract requires pharmacists to review patients' medications, creating an opportunity for reviewing the prescribing of inhaled corticosteroids in COPD. The survey explored the degree to which community pharmacists in North West England identify and provide advice to smokers and assess prescribed inhaled corticosteroids among COPD patients.

Methods

A self-completion questionnaire was sent to 2,080 community pharmacists from the 2005 pharmacist census database.

Results

Of the 1,051 (50.5%) respondents, 37.1% mentioned COPD as a risk from smoking most or every time and 54.5% sometimes or rarely, and 19.6% routinely asked about smoking status when dispensing COPD medication. Pharmacists with more than twenty years' experience were more likely to have read the Guideline compared to pharmacists with ten years or less (OR: 1.54; 95% CI: 1.13 to 2.10). Pharmacists who had read the NICE Guideline (46.8%) were around twice as likely to mention COPD as a risk of smoking, ask about COPD if inhaled corticosteroids were dispensed and ask about smoking routinely if COPD medication was dispensed. ($p < 0.005$).

Conclusion

The NICE guidelines on COPD encourage community pharmacists to carry out smoking cessation and educational interventions, but further support is needed.

Medidas para mejorar los resultados en EPOC en el Gran Manchester: perspectiva multimodal

La EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) es una enfermedad compleja en cuyo ámbito la sanidad pública puede ofrecer herramientas muy valiosas a los delegados y a los proveedores de servicios para ayudarles en la toma de decisiones basada en la evidencia. A continuación comentamos distintos proyectos en los que se parte de la EPOC para demostrar la utilidad de herramientas de uso común en el Reino Unido que forman parte de la práctica habitual de la sanidad pública. El primero de ellos es un inventario de las necesidades, demandas y servicios locales a partir de la do-

cumentación basada en la evidencia. El segundo emplea una herramienta para evaluar el impacto en la población con el propósito de ayudar a priorizar las intervenciones en materia de EPOC. El tercero presenta la manera de lograr que los farmacéuticos presten apoyo a una prescripción basada en la evidencia para la EPOC.

Evaluación de las necesidades de los servicios destinados a la atención de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Trafford

A. Verma¹, G. Mates², C. Franco³, L. Davies³, R. F. Heller¹, B. Leahy²

¹ Evidence for Population Health Unit, Universidad de Manchester, M13 9PT

² Trafford Healthcare NHS Trust, Moorside Road, Manchester M41 5SL

³ Trafford PCTs, Oakland House, Old Trafford, Manchester M16 0PQ, Reino Unido

Introducción

La introducción de cuidados intermedios (nivel 2) en la mayoría de los centros de Atención Primaria facilitará el cuidado de los pacientes con EPOC en los servicios de Atención Primaria. Antes de poner en marcha el servicio de cuidados intermedios, se consideró que una evaluación de las necesidades de asistencia sanitaria permitiría identificar las deficiencias actuales y futuras que podría cubrir el equipo del nivel 2.

Método

Los centros de Atención Primaria de Trafford North y South llevaron a cabo una auditoría de ingresos, registros médicos informatizados y prescripciones. Asimismo, se envió un cuestionario a 23 consultas de medicina general para determinar las necesidades en cuanto a Atención Primaria.

Resultados

La auditoría de ingresos y reingresos en el Trafford Healthcare Trust entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de mayo de 2004 demostró que el 50% de los pacientes que ingresaron con EPOC no estaban bajo el cuidado de un neumólogo. Hubo 136 ingresos de pacientes con un diagnóstico primario de EPOC, y de estos, 17 pacientes ingresaron dos veces, un paciente 4 y otro 6. La media de edad en el momento del ingreso era de 73,6 años (dentro de una franja situada entre 57,8 y 87,1 años), con una estancia de 11,1 días de media por ingreso. La auditoría de las derivaciones a un ambulatorio especializado en EPOC demostró que 109 de los pacientes derivados de un total de 187 no tenían dicha enfermedad. Una auditoría parecida de las derivaciones de enfermeras especializadas en enfermedades respiratorias reveló que, de 200 pacientes, 20 se derivaron incorrectamente. La auditoría de los registros informatizados de cinco consultas de medicina general demostró que habitualmente no se registraban la gravedad, ni los ingresos ni los resultados de la espirometría. El cuestionario enviado por correo a 23 consultas de medicina general obtuvo un porcentaje de respuestas del 78% (18/23 consultas). De las mismas, 16/18 (88,9%) llevaron un registro de EPOC y en todas ellas se indicó que los pacientes eran fumadores y se les ofreció apoyo para dejar de fumar. Solo 9/18 (50%) enfermeras habían recibido algún tipo de formación para la EPOC; 15/18 (83,3%) habían recibido formación sobre espirometría, aunque solo 10/18 (55,6%) la utilizaban para confirmar el diagnóstico. Los comentarios recibidos solicitaban más formación en materia de EPOC y espirometría.

Conclusiones

El 50% de los pacientes ingresados por EPOC no están bajo el cuidado de un neumólogo, especialista que tiene un gran

volumen de trabajo en el ambulatorio. Los colegas de Atención Primaria son excelentes para ayudar al paciente a dejar de fumar, pero desearían recibir más formación y apoyo para el diagnóstico y tratamiento de los casos con EPOC.

Recomendaciones

Ofrecer un servicio de nivel 2 que tenga una sección de evaluación y diagnóstico para mejorar la satisfacción y comodidad del paciente, y reducir a un tiempo la duración de la atención ambulatoria/hospitalización mediante un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado basado en las directrices de la BTS/NICE. Una vez creado este servicio, será necesario evaluar sus resultados.

Análisis del impacto en la población: instrumento para evaluar el impacto de un riesgo o una intervención en la población

Arpana Verma¹, Perihan Torun¹, Elizabeth Harris², Richard Edwards³, Isla Gemmell⁴, Roger A. Harrison⁴, Iain E. Buchan⁴, Lisa Davies⁵, Lesley Patterson¹, Richard F. Heller⁶

¹ Manchester Urban Collaboration on Health, School of Translational Medicine, Manchester Academic Health Science Centre, Universidad de Manchester, Manchester M14 7PH, Reino Unido

² Centre for Primary Health Care and Equity, Universidad de Nueva Gales del Sur, Sídney, Australia

³ Department of Public Health, Universidad de Otago, Wellington, Nueva Zelanda

⁴ School of Community Based Medicine, Universidad de Manchester

⁵ NHS Trafford, 3r piso, Oakland House, Talbot Road, Old Trafford, Manchester M16 0PQ

⁶ People's Open Access Education Initiative, <http://www.peoples-uni.org>

Dirección para la correspondencia de Arpana Verma: School of Translational Medicine, Manchester Academic Health Science Centre, Universidad de Manchester, Stopford Building, Oxford Road, Manchester M13 9PT, Reino Unido. Dirección electrónica: arpana.verma@manchester.ac.uk. Journal of Public Health. vol. 34, n.º 1, pp. 83-89 doi: 10.1093/pubmed/fdr026

Antecedentes

Describir un instrumento organizativo, el análisis del impacto en la población, para aplicar las conclusiones de una revisión sistemática de la documentación sobre sanidad pública al cálculo del impacto en la población local, con el objetivo de adoptar una toma de decisiones basada en la evidencia.

Método

Un instrumento que permite medir el impacto en la población para demostrar que las decisiones en cuanto a la asignación de recursos pueden resultar influenciadas por la práctica de una medicina basada en la evidencia y en datos locales. Se utiliza como ejemplo la vacunación antigripal en mayores de 65 años en Trafford para reducir los ingresos hospitalarios por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Resultados

El número de ingresos por EPOC debidos a la no vacunación de mayores de 65 años en Trafford fue de 16,4 (intervalo de confianza del 95 %: 13,5; 19,5). Si el porcentaje de vacunas hubiera llegado al 90 %, se habrían podido evitar 11,5 ingresos (intervalo de confianza del 95 %: 9,3; 13,8). Sería necesario vacunar contra la gripe a un total de 705 personas (intervalo de confianza del 95 %: 611; 861) para evitar un solo ingreso hospitalario.

Conclusiones

El análisis del impacto en la población puede ayudar en la aplicación de la práctica basada en la evidencia a la salud de la población. Se ha desarrollado para ayudar a los responsables de la sanidad pública, tanto en el ámbito local como en el nacional/internacional, a evaluar necesidades, determinar prioridades, conseguir bienes y servicios y gestionar a los prestadores de servicios.

¿Están reduciendo los farmacéuticos el impacto de la EPOC al promover el abandono del tabaco y controlar el consumo de esteroides inhalados?

Arpana Verma¹, Annie Harrison¹, Perihan Torun¹, Jørgen Vestbo², Richard Edwards³, Judith Thornton¹

¹ Manchester Urban Collaboration on Health, Manchester Academic Health Sciences Centre, despacho 2.523, Stopford Building, Universidad de Manchester, Manchester M13 9PT, Reino Unido

² Respiratory Research Group, Manchester Academic Health Sciences Centre, 2nd Floor Education and Research Centre, University Hospital South Manchester, Southmoor Road, Manchester M23 9LT, Reino Unido

³ Department of Public Health, Level J, Universidad de Otago, 23a Main Street, Newtown, Wellington 6242, Nueva Zelanda

Respiratory Medicine. 2012 Feb;106 (2):230-4. Epub 2011, 7 de septiembre

Antecedentes

Las directrices del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) de 2004 para la EPOC recomiendan:

- Siempre que se pueda, se debe animar a los pacientes con EPOC que fuman a abandonar el hábito.
- El consumo de corticosteroide inhalado solo debe recomendarse a pacientes con EPOC moderada o grave.
- Los farmacéuticos deben identificar a los fumadores y asesorarles para que dejen de fumar.

El contrato farmacéutico exige a los farmacéuticos que controlen los medicamentos que consumen los pacientes, lo que les da la oportunidad de revisar la prescripción de corticoides inhalados para la EPOC. El estudio analizó el grado en que los farmacéuticos del noroeste de Inglaterra identifican y asesoran a los fumadores y controlan la prescripción de corticosteroides inhalados para los pacientes con EPOC.

Método

Se envió un cuestionario a los 2.080 farmacéuticos que figuraban en la base de datos del censo de 2005.

Resultados

De los 1.051 farmacéuticos (50,5 %) que respondieron, el 37,1 % mencionaban siempre o casi siempre la EPOC como riesgo asociado al consumo de tabaco y el 54,5 % lo hacían a veces o casi nunca, en tanto que el 19,6 % preguntaban habitualmente si el paciente era fumador cuando prescribían un medicamento para la EPOC. Los farmacéuticos con más de 20 años de experiencia tenían más probabilidades de haber leído esta directriz en comparación con los que contaban con 10 años o menos de experiencia (oportunidad relativa: 1,54; intervalo de confianza del 95 %: 1,13 a 2,10). Los farmacéuticos que habían leído la directriz del NICE (46,8 %) eran dos veces más propensos a mencionar la EPOC como riesgo asociado al consumo de tabaco, formular alguna pregunta sobre la EPOC si prescribían corticosteroides inhalados y preguntar sobre el hábito de fumar si prescribían medicamentos para dicha enfermedad. ($p < 0,005$).

Conclusión

Las directrices del NICE sobre la EPOC alientan a los farmacéuticos a fomentar el abandono del tabaco y a llevar a cabo acciones educativas, pero es necesario que brindarles más apoyo.

MESA AMF

Toda la vida se ha hecho así. «Cuando prevenir vale más que curar»

Viernes, 15 de junio / 15.30-17.00 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 0 / Sala E

Moderador:

Rafael Bravo Toledo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Linneo. Madrid.

Ponentes y contenido:

1. Prevención de la enfermedad cardiovascular y reducción de la sal en la dieta: ¿qué hay de nuevo, viejo?

Enrique Gavilán Moral

Responsable investigación polimedlabs. CS Montehermoso. Cáceres.

2. Los oscuros túneles de la formación del residente de Medicina Familiar y Comunitaria: a propósito de los cribados

Roberto Sánchez Sánchez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid.

3. ¿Por qué lo llamamos diagnóstico precoz si queremos decir diagnóstico adelantado?

O «prevenir mejor que lamentar»

Eulali Mariñelarena Mañero

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UAP Pasajes Antxo. Ekialde. Osakidetza. Gipuzkoa.

Resumen

Al igual que en anteriores ediciones del congreso de la semFYC, la revista *AMF* nos presta el título de una de sus secciones para que de forma rigurosa pero distendida debatamos sobre intervenciones, situaciones, acciones o actitudes que el médico de familia adopta en su práctica cotidiana, aunque nunca se haya demostrado su eficacia. Cuando alguien cuestiona una de estas intervenciones y se pregunta «¿por qué?», siempre hay alguien que responde: «Toda la vida se ha hecho así», horrenda expresión que debería estar proscribida del «fraseario» de los médicos de familia. Ni siquiera la parte más práctica de nuestra profesión debe consistir en la ejecución de forma acrítica y repetida de una serie de tareas. La formación continuada también consiste en cuestionarse lo que se hace desde el rigor, busca cambiarlo para que mejore. No se pretende (solamente) derribar viejas (y no tan viejas) modas, ni mitos, falacias y desatinos consagrados por el tiempo y la práctica. Esperamos que con sentido del humor ayudemos a que cunda la *escepticismo* y a desterrar el inmovilismo que encierra la frase «siempre se ha...».

Ponencias

Proponemos que todos los participantes de esta mesa redonda de la cita anual del congreso de semFYC hagan el

ejercicio de pensar que las cosas no son como son, que empecien a sospechar que podrían ser de otra forma. Pero en esta ocasión lo hacemos «más difícil todavía» y retamos a nuestros compañeros a que discurren sobre la famosa frase «Más vale prevenir». Queremos que le den la vuelta, que cambien el orden, le busquen otro sentido y la pongan entre interrogantes. En definitiva, rizamos el rizo y les invitamos a que se planteen en qué ocasiones podríamos cambiar la frase y afirmar: «Prevenir vale más que curar».

1. Prevención de la enfermedad cardiovascular y reducción de la sal en la dieta: ¿qué hay de nuevo, viejo?

Enrique Gavilán Moral

¿Cuáles son los motivos por los que los educadores de la salud diseñan estrategias para modificar el comportamiento? ¿Por qué la profesión médica ha aceptado sin rechistar la tarea de control del comportamiento? ¿Se trata simplemente de una preocupación altruista? ¿Es una forma benigna de paternalismo o por el contrario es ardor puritano que busca establecer un conformismo generalizado?

Petr Skrabanek. *La muerte de la medicina con rostro humano. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1999.*

En el buen nombre de la educación para la salud, miles de profesionales sanitarios emiten a diario por todos los rincones de nuestro planeta recomendaciones sobre estilos de vida de lo más variopinto. La recomendación sistemática de la reducción de la sal en pacientes hipertensos es uno de los clásicos de la educación para la salud.

Dicha recomendación está avalada por organizaciones como la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición¹, que planteó «desarrollar un plan de reducción del consumo de sal en la población, con unos objetivos concretos que permitieran alcanzar progresivamente las recomendaciones de la OMS respecto de la ingesta de sal en la población: 5 g/persona/día»². La hipótesis de partida es que dicha reducción podría disminuir la morbilidad y mortalidad atribuibles a la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares.

Sin embargo, ¿qué evidencias hay detrás de estos consejos? ¿Qué resultados sobre aspectos relevantes de la salud y qué impacto sobre la vida han demostrado alcanzar?

¿Pocas nueces para tanto ruido o poco ruido para tanta nuez?

Si en la literatura científica revisamos los metaanálisis de ensayos clínicos que han evaluado el efecto de la restricción de sal en la dieta nos encontramos con numerosos, y a veces contradictorios, resultados. Así, dicho consejo parece reducir modestamente las cifras de presión arterial (PA), disminución que de forma general parece más acusada en la PA sistólica (PAS) que en la diastólica (PAD) y más intensa en pacientes hipertensos que en normotensos, aunque a medida que dichos estudios contemplan períodos de seguimiento más largos el tamaño de efecto parece tender a ser nulo (3-10). La reducción en pacientes hipertensos varía entre 1,5 y 5,8 mmHg para la PAS y entre 0,9 y 3,2 para la PAD, según el metaanálisis considerado. En base a estas cifras de reducción de la PA, algunos autores han calculado que seguir las recomendaciones podría reducir las muertes por ictus en un 14 % y por enfermedad cardiovascular en un 9 % en pacientes hipertensos³. Incluso predicen que, solo en Estados Unidos, los hipotéticos efectos sobre la salud de la restricción de sal conseguirían ahorrar entre 194.000 y 392.000 años de vida ajustados por calidad, así como entre 10 y 24 mil millones de dólares en costes sanitarios... ¡cada año!¹⁰.

Sin embargo, los consejos que estas agencias presentan a la opinión pública y que tan enérgicamente defienden, como si fueran verdades incontestables, no se corresponden totalmente con la fuerza de la evidencia. Y es que una reciente revisión Cochrane siembra dudas, más que despejarlas (algo muy habitual en este tipo de revisiones, por cierto), sobre la hipótesis de que la reducción de sal comporta una disminución en la morbimortalidad cardiovascular⁹. Más allá de estos datos, hay que destacar que muchos de los estudios incluidos en los citados metaanálisis adolecen de defectos metodológicos importantes, y la mayoría evalúa solo a corto plazo los efectos de la reducción dietética de la sal. Otros contienen muestras pequeñas, siendo estos más proclives a presentar resultados más favorables⁷. Por último, hay discrepancias en cuanto a los efectos a nivel comunitario de los programas de promoción de la restricción de sal en la población, así como en cuanto a si dicho consejo potencia o no el efecto antihipertensivo de los fármacos⁶.

El sesgo del sombrero blanco. Blanco como la sal

En las *pelis* del oeste, los buenos siempre iban en caballos blancos y llevaban sombreros del mismo color. A pesar de ello, en algunas ocasiones era difícil diferenciar quién era el bueno, quién el feo y quién el malo.

Algunos autores¹¹, sugieren la existencia de indicios de sesgos de publicación que pudieran estar sobreestimando los efectos clínicos en los que se basa la recomendación de la reducción de sal, aunque otros autores consideran que estos sesgos no limitan los resultados obtenidos^{4,7}. El metaanálisis que presenta la mayor magnitud del efecto en cuanto a reducción de la PA con la restricción dietética de la sal, el de Law et al.¹², incluye estudios no aleatorizados y, por tanto, aporta datos no concluyentes. Otros autores^{7,11,13}, han denunciado, además, que en los debates científicos los argumentos críticos se intentan sistemáticamente silenciar. Todas estas circunstancias apuntan a la más que probable existencia en el debate de la sal de un sesgo cognitivo especial: el sesgo del sombrero blanco –*white hat bias*¹⁴.

Se trata de algo más sutil que los conflictos económicos, y tiene más que ver con el ánimo de sintonizar con las organizaciones públicas y el discurso dominante, apoyando mensajes «políticamente correctos» que las masas consumen de forma acrítica.

Lecciones de biometría radical para amantes de una medicina robotizada

Los fármacos, ¡o se toman o no se toman! Pero las recomendaciones sobre estilos de vida no pueden ser dicotómicas; no existen blancos y negros, sino que tienen un gradiente, de poco a mucho. Algunos días se pasará un poco de la raya, y otros días seguro que cumple cristianamente. Hay mil circunstancias que influyen en eso, y no todas dependen de uno. Este gradiente puede medirse cualitativamente o cuantificarse, pero nunca existe un 0 o un 100 % de adherencia a los consejos sobre el estilo de vida.

Sin embargo, dedicamos muchas horas a aleccionar a los pacientes sobre cómo preparar sus comidas, sin que tengamos en cuenta la sobrecarga que toda esta ingeniería biométrica puede acarrear: se ha estimado que un diabético de a pie tardaría cerca de una hora diaria en planificar lo que va a comer, en hacer la compra y preparar luego la comida según las recomendaciones de las guías de expertos¹⁵. Un hipertenso probablemente tardaría lo mismo. No es de extrañar que muchas personas perciban que una dieta en esos términos limite sus oportunidades para socializarse¹⁶ y que, por tanto, desoigan nuestras recomendaciones. Puestos a elegir, la gente normal suele elegir la vida.

¿La receta final? Con sal o sin sal, pero, por favor, con honestidad

Compartir la ignorancia cuesta. Asumir que hay más interrogantes que certezas es duro. Pero al mismo tiempo constituye un estímulo para seguir avanzando. Lo contrario, afianzarnos en medias o en falsas verdades, no solo es una falta de honestidad y un palo en la rueda de la medicina, sino que deja yerma la arena de la discusión científica. Tal vez sea el precio que tenemos que pagar por simplificar los mensajes de salud pública y para que un público empoderado con ansias de consumir productos saludables no cuestione a los expertos. No sé si «menos sal es más salud». Lo que sí que sé es que cada vez estamos más perdidos. O al menos así lo parece.

Referencias bibliográficas

1. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Plan de Reducción de consumo de sal. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.naos.aesan.msp.es/naos/observatorio/observatorio00102.html>
2. WHO Forum on Reducing Salt Intake in Populations. Reducing salt intake in populations: report of a WHO forum and technical meeting. París, 5-7 de octubre de 2006.
3. Midgley JP, Matthew AG, Greenwood CMT, Logan AG. Effect of reduced dietary sodium on blood pressure: a meta-analysis of randomised controlled trials. JAMA. 1996;275:1590-7.
4. Cutler JA, Follmann D, Allender PS. Randomised trials of sodium reduction: an overview. Am J Clin Nutr. 1997;65:643s-51s.
5. Graudal NA, Galloe AM, Garred P. Effects of sodium restriction on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterols and triglyceride. JAMA. 1998;279:1383-91.
6. Ebrahim S, Smith GD. Lowering blood pressure: a systematic review of sustained effects of non-pharmacological interventions. J Public Health Med. 1998;20:441-8.
7. Swales J. Population advice on salt restriction: the social issues. Am J Hypertens. 2000;13:2-7.
8. He FJ, MacGregor GA. Effect of modest salt reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized trials. Implications for public health. J Hum Hypertens. 2002;16:761-70.
9. Taylor RS, Ashton KE, Moxham T, Hooper L, Ebrahim S. Reduced dietary salt for the prevention of cardiovascular disease: a meta-analysis of randomized controlled trials (Cochrane review). Am J Hypertens. 2011;24:843-53.
10. Bibbins-Domingo K, Chertow GM, Coxson PG, Moran A, Lightwood JM, Pletcher MJ, et al. Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease. N Engl J Med. 2010;362:590-9.
11. Freedman DA, Petitti DB. Salt and blood pressure. Conventional wisdom reconsidered. Eval Rev. 2001;25(3):267-87.
12. Law MR, Frost CD, Wald NJ. By how much does dietary salt reduction lower blood pressure? III. Analysis of data from trials of salt reduction. Br Med J. 1991;302:819-24.
13. Taubes G. The (political) science of salt. Science. 1998;281:898-907.
14. Cope MB, Allison DB. White hat bias: Examples of its presence in obesity research and a call for renewed commitment to faithfulness in research reporting. Int J Obes. 2010;34:84-8.
15. Russell LB, Suh DC, Safford MA. Time requirements for diabetes self-management: Too much for many? J Fam Pract. 2005;54:52-6.
16. Bentley B, De Jong MJ, Moser DK, Peden AR. Factors related to nonadherence to low sodium diet recommendations in heart failure patients. Eur J Cardiovasc Nurs. 2005;4:331-6.

2. Los oscuros túneles de la formación del residente de Medicina Familiar y Comunitaria: a propósito de los cribados

Roberto Sánchez Sánchez

La soflama

Todos los momentos en la formación del médico de familia son esenciales. Pero hay uno que destaca frente a los demás.

Este acontece al final de su formación curricular y es el que trata de desaprender. No se puede confundir desaprender con olvidar. Ni con darse cuenta de que muchos conocimientos adquiridos van a servir para poco. No se trata de eso.

Desaprender resulta un gran esfuerzo, que tiene que ver con la adquisición de un pensamiento crítico. Uno de los puntos más importantes de la formación de un médico de familia es llegar a darse cuenta de que una gran parte de lo que ha aprendido no coincide completamente con la realidad de las cosas. Ese proceso es doloroso y tortuoso, además de conflictivo con uno mismo y con el ambiente que le rodea. Es tortuoso cuando uno se percató de que los nuevos conocimientos que se le proponen no solo no matizan a los que tenía por válidos, sino que encima los contradicen.

El primer paso del proceso consiste en encontrar esa nueva verdad. No es fácil descubrirla, aunque con internet hoy resulta más sencillo. Hay que ponerse a tiro. Este proceso produce dolor porque el hecho de haber construido algo sobre unos preceptos falsos genera desasosiego cuando se descubre. Yo, personalmente, desde que he dado con estos nuevos paradigmas no vivo tranquilo, pues pienso en si los principios que sustentan otras parcelas de mi vida no serán erróneos también y si no estaré viviendo una vida farisea. Así, después de que uno se cruce en el camino con esta nueva religión, debe tomarse un tiempo para digerir los nuevos conocimientos. Finalmente, suele ocurrir que uno cree tener (¿no estará equivocado también?) una verdad tan pura y tan revolucionaria dentro que se esfuerza en proclamarla para que otros se conviertan también a ella.

Este proceso es, como digo, doloroso, porque a todos nos gusta asirnos a nuestra verdad. Y porque en España, en medicina y creo que en Medicina Familiar y Comunitaria, el debate científico es «trincherista», encarnizado y está cargado de cuentas pendientes. La influencia de la cultura del marketing y de la industria farmacéutica en el sistema sanitario público, en mi opinión, tiene mucho que ver con este hecho luctuoso.

Al lío

Pongamos como ejemplo el cribado de cáncer de mama con mamografía. Entré en la universidad convencido de que «prevenir» es mejor que curar. Que cuanto antes detectes las enfermedades, mejor. Que una prueba podía detener la mortalidad por una enfermedad. Es lo que piensan casi todos los ciudadanos, casi todos los pacientes.

En la universidad, el cuerpo teórico se centra en el diagnóstico y tratamiento de las distintas enfermedades. Ello se debe a que la formación de la facultad no está orientada a formar a médicos generales, lo que debería ser el objetivo. Si este fuera el objetivo, se hablaría más y mejor de actividades preventivas, que constituyen la tarea fundamental de los médicos de familia. Con esto no digo que sea esencial realizar todas las actividades preventivas, si no solo unas determinadas actividades y no otras, siempre explicándole al paciente por qué no se han realizados tales actividades. No hay manera más rápida de perder el prestigio ante un paciente que no someterle a una actividad preventiva (que él cree que merece) y no explicarle por qué. Es necesaria adquirir ciertos conocimientos de salud pública y de epidemiología para saber juzgar las cosas con perspectiva.

El caso de las mamografías es llamativo

Hablemos del cribado de la población general, de mujeres asintomáticas sin antecedente familiar de cáncer de mama. Cuando las pacientes piensan en esta prueba, tras una insistencia mediática durante muchos años, podemos ver que se las ha convencido de que la mamografía va a hacer desapa-

recer la existencia del cáncer de mama y que su práctica no supone ningún riesgo. «La mamografía salva vidas», se dice¹. Ni una ni la otra ni la de más allá es cierta.

Se hagan o no mamografías, el cáncer existe (más o menos ocho de cada mil mujeres lo padecen). La mamografía no salva vidas²⁻⁴. Si acaso retrasa algunas muertes. Lo que está claro es que haciendo más mamografías se diagnostican más cánceres, sin que esto haya demostrado ser una práctica que reduzca la mortalidad por cáncer de mama (o si lo hace, lo hace muy poco), que al final es de lo que se trata. Si consideramos una prevalencia de la enfermedad en la población del 0,8 %, y tomando unos valores de sensibilidad de la prueba del 90 % y de especificidad del 93 %, el valor predictivo positivo es del 9 % . Es decir, si una mujer entra en su consulta con una mamografía que indica que tiene cáncer, la probabilidad de que realmente tenga cáncer no llega al 10 %⁵.

En la franja de edad de los 40 a los 50 años, de cada 10.000 mamografías, 640 dan un resultado anormal, de esas 640, en algunos casos se repite la prueba y en otros se hacen otras pruebas y... solo en un caso se logra retrasar la muerte (que no salvar la vida) de esa mujer⁶.

Por estas razones, los perjuicios de realizar mamografías son superiores a los beneficios de la práctica en esta franja de edad. Inexplicablemente, muchas comunidades autónomas comienzan con sus programas a los 45 años. Cada mamografía cuesta unos 100 euros.

En la franja de edad de los 50 a los 70 años, de cada 2.000 mujeres que se hacen una mamografía cada 2 años a lo largo de 10 años, se evitará 1 muerte, mientras que 10 mujeres serán diagnosticadas y tratadas con cirugía, muchas con radioterapia y algunas con quimioterapia de forma innecesaria⁶⁻⁷. La reducción del riesgo absoluto para la variable mortalidad por cáncer de mama es de 0,05 %⁸⁻⁹. Estos datos, y sobre todo los últimos estudios de Gøtzsche y Nielsen⁸, suponen una auténtica revolución y la confirmación de la tendencia que se venía anunciando algunos años atrás. Ellos mismos tuvieron que hacer ese estudio para confirmar los resultados de uno previo que habían publicado en *The Lancet* el año anterior¹⁰ con resultados similares, el cual supuso un revuelo en la comunidad científica internacional.

Estas realidades chocan con los mensajes firmes y coactivos que se lanzan a las mujeres para que vayan a hacerse la mamografía y para que se sometan a la tiranía del marketing y la medicina¹¹. A nadie parece importarle el calvario que pasa una mujer a la que le toca el «falso positivo» por someterse a una prueba más que imperfecta¹².

Moraleja

La medicina no es una ciencia exacta, sino probabilística. Hay días que pienso que esto es una desgracia y otros una suerte. No hemos conseguido que nuestros pacientes tengan esta visión. Poseen aún la visión dicotómica. Hay prácticas (pruebas o tratamientos) que el sistema público sustenta y financia; no se sabe bien cómo ni por qué. Nuestra labor consiste en defender la idoneidad o denunciar el sinsentido de este tipo de intervenciones. Es algo duro y laborioso, pero más divertido que estar trabajando todos los días en una oficina haciendo siempre lo mismo o en la obra picando piedra.

Referencias bibliográficas

1. Gervas J, Ripoll Lozano MA. Cáncer de mama y cribado mamográfico. *Med Clí (Barc)*. 2007;129:199. Disponible en: <http://www.equipoesca.org/wp-content/uploads/2009/01/cancer-de-mama-y-cribado-mamografico.pdf>
2. Anónimo. Beneficio de mamografías a debate. Disponible en: <http://cselecoto.wordpress.com/2011/03/13/beneficio-de-las-mamografias-a-debate/> (acceso 17 de marzo de 2011).

3. Gervas J, Pérez Fernández MM Los programas de prevención secundaria del cáncer de mama mediante mamografía: el punto de vista del médico general. SEMERGEN. 2006; 32(1):31-5. Disponible en: <http://www.equipoesca.org/organizacion-de-servicios/los-programas-de-prevencion-secundaria-del-cancer-de-mama-mediante-mamografia-el-punto-de-vista-del-medico-general/>
4. Bravo R. Los beneficios de la mamografía. Disponible en: <http://rafabravo.wordpress.com/2010/11/27/5950/> (acceso 17 de marzo de 2011).
5. Bravo R. Una de números. Disponible en: <http://rafabravo.wordpress.com/2011/04/13/una-de-numeros/> (acceso 17 de marzo de 2011).
6. Gavilán E. Prevención del cáncer de mama: las cifras que la prensa no publica. Disponible en: [publicahttp://saludyotrascosasdecomer.blogspot.com/2010/10/prevencion-del-cancer-de-mama-las.html](http://saludyotrascosasdecomer.blogspot.com/2010/10/prevencion-del-cancer-de-mama-las.html) (acceso 17 de marzo de 2011).
7. 7SETmanalk. Cribado con mamografía: menos relevante de lo que parece. Disponible en: <http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=ArticlePage&lang=CAS&id=428> (acceso 17 de marzo de 2011).
8. Gøtzsche PC, Nielsen M. Cribaje (screening) con mamografía para el cáncer de mama (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008; número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
9. Coñino R. ¿Qué ocurre con la mortalidad en los programas de cribado de cáncer de mama? (Gøtzsche strikes again) Disponible en: <http://saludcomunitaria.wordpress.com/2010/03/28/%c2%bfque-ocurre-con-la-mortalidad-en-los-programas-de-cribado-de-cancer-de-mama-g%c3b8tzsche-strikes-again/> (acceso 17 de marzo de 2011).
10. Henrik Zahl P, Gøtzsche PC, Mæhlen J. Natural history of breast cancers detected in the Swedish mammography screening programme: a cohort study. Lancet. 2011;12: 1118-1124.
11. Queiro T. La información a las mujeres invitadas en los programas de cribado de cáncer de mama. En: Maleficencia en los programas de prevención. Barcelona: Fundación Grífols; 2011. p. 68-84.
12. Lozano L. ¿Ha llegado el momento de parar el screening del cáncer de mama. Disponible en: <http://rincondocentemfyc.wordpress.com/2011/11/29/ha-llegado-el-momento-de-parar-el-screening-del-cancer-de-mama/> (acceso 17 de marzo de 2011).

3. ¿Por qué lo llamamos diagnóstico precoz si queremos decir adelantado? O «prevenir mejor que lamentar»

Eulali Mariñelarena Mañeru

La idea de que «prevenir es siempre mejor que curar» está bien arraigada en la sociedad actual. El campo sanitario no es ajeno a ello. La prevención de la enfermedad se basa en actuaciones técnicas que parten del mundo sanitario y que se concretan en consejos sanitarios, inmunizaciones, quimioprofilaxis y cribados¹.

La difusión de este tipo de intervenciones se inició en la década de 1950 como parte de la práctica clínica habitual y con la idea de reducir la aparición de enfermedades o el daño que podían producir. Desde entonces, hablar de prevención casi siempre ha ido ligado a sus beneficios. Tales son sus bondades que incluso altos mandatarios del mundo se someten a múltiples pruebas más allá incluso de las recomendaciones de las sociedades científicas de sus países^{1,2}.

Esto es posible porque la clase médica, las autoridades y la industria sanitaria, con el concurso de los medios de comunicación, se han empeñado en conseguirlo. Ahora algunos de estos protagonistas quieren/queremos dar marcha atrás, pero la inercia puede que sea demasiado grande. Sin embargo, las actividades preventivas deberían tener mucho mayor

fundamento científico que las curativas, pues aquellas las solemos ofrecer y estas nos son requeridas³. De hecho, un análisis de la evidencia muchas veces lleva a concluir que «es peor el remedio que la enfermedad».

Los criterios para aplicar una prueba de cribado^{1-3,4} son:

- Criterios relacionadas con la enfermedad a cribar:
 - La enfermedad susceptible de cribado debe representar un importante problema de salud pública (alta prevalencia, alta mortalidad, etc.).
 - Se ha de tener un conocimiento preciso de la historia natural de la enfermedad.
 - Los criterios para su diagnóstico deben estar bien establecidos.
 - El tratamiento efectuado en la fase preclínica de detección debe ser más efectivo que el tratamiento ofrecido en la fase clínica, de modo que aumente realmente la supervivencia.
 - Se ha de disponer de recursos asistenciales para la realización del diagnóstico y tratamiento precoz.
- Criterios sobre la prueba de cribado:
 - Debe ser sencilla, segura, cómoda y barata para que sea aceptada por la población.
 - Tendrá una validez adecuada (alta sensibilidad, alta especificidad y alto valor predictivo).
 - Tendrá una buena fiabilidad (reproductibilidad), es decir, una alta concordancia en su interpretación por uno o varios profesionales sanitarios.

Aun en el caso de que una enfermedad cumpla con los requisitos que permitan incluirla en un programa de cribado y aun disponiendo de pruebas diagnósticas apropiadas, no puede asegurarse que el programa de cribado sea necesariamente recomendable.

Desgranando algunos conceptos y combatiendo el «anumerismo»

La comprobación de la eficacia del programa de cribado se debe realizar, antes de su puesta en marcha, mediante estudios experimentales o, en su defecto, observacionales; asimismo, previamente también debe monitorizarse la eficacia, la efectividad y la eficiencia del programa.

La manera de ofrecer la información epidemiológica incide en la valoración de la eficacia. Tener una adecuada interpretación de los datos puede ayudarnos ser prudentes en la asignación de beneficios y cuantificar mejor los daños. Es, por tanto, fundamental valorar: resultados finales (mortalidad, supervivencia, incidencia), intermedios (la tasa de detección, la distribución de los estadios del cáncer), variables del proceso (la tasa de positividad, la utilización de pruebas diagnósticas), de la participación de la población, así como de los sesgos inherentes a ellos (sesgo del adelanto en el tiempo de diagnóstico, sesgo de duración de la enfermedad, sesgo del voluntario). De hecho, un daño menos conocido es el sobrediagnóstico, también llamado *pseudodisease*, es decir, el diagnóstico de una condición que no se habría convertido en clínicamente significativa si no hubiera sido detectada por cribado^{4,5}. El sobrediagnóstico es a menudo confundido con el término falso positivo de una prueba, pero son dos conceptos distintos. El efecto dañino del falso positivo tiene un recorrido corto, mientras que el efecto del sobrediagnóstico se prolonga a lo largo de los años a través de la cascada diagnóstico-terapéutica².

A propósito de programas de cribado: la determinación de PSA en el cribado del cáncer de próstata

Hay una gran variabilidad en las recomendaciones por parte de las sociedades científicas. Dos ensayos clínicos recientes^{7,8} muestran datos no concordantes en el resultado de mortalidad específica por cáncer de próstata. El estudio americano⁸

no encuentra diferencias en mortalidad, mientras que el europeo detecta una disminución de mortalidad con una NNT de 1.410 (1.142-1.721) tras establecer como punto de corte para el PSA el valor de 3. Recientemente, después de quince años de seguimiento de un análisis de los datos de la rama española del ERSPC⁹, se han publicado unos resultados en los que no se han encontrado diferencias en mortalidad ni específica ni global, a diferencia de los resultados del estudio principal. Teniendo en cuenta el alto tanto por ciento de falsos positivos de la prueba (en el estudio europeo era de hasta un 75 %) y que el sobrediagnóstico se estima en unos valores cercanos al 60 % (a falta de datos con tiempo de seguimiento mayor), los efectos adversos conocidos secundarios a la cascada diagnóstico-terapéutica, como los ligados a la biopsia (incomodidad de la misma, hematuria, infección) o al tratamiento (impotencia, pérdida de orina y muerte), hacen que el balance beneficio-riesgo sea cuestionable o desfavorable¹⁰. Recientemente, el grupo de trabajo americano sobre actividades preventivas se ha mostrado contraria al cribado con PSA en mayores de 75 años o con esperanza de vida inferior a diez años. Para los pacientes menores de 75 años, considera que no hay suficiente evidencia¹¹.

... y la información que llega al paciente

Cuando Iona Heath, presidenta del Royal College of General Practitioner, recibió una de esas cartas de reclutamiento para el cribado de cáncer de mama, publicó un artículo en *BMJ*, «It's not wrong to say no»¹³, donde resumía los datos de la última revisión Cochrane sobre cribado de cáncer de mama y valoraba los beneficios, pero también los daños por falsos positivos y por sobrediagnóstico. Manifestaba, a su vez, que la información a partir de la que ella había tomado su decisión de no participar en el cribado no estaba disponible para la mayor parte de las pacientes.

Parece que además de malinterpretar la información, no la trasladamos adecuadamente a las personas participantes en los cribados. Teresa Queiro, tras estudiar la información aportada por los folletos sobre cáncer de mama en España, concluye que el contenido del material informativo de los programas se ajusta más al fomento de la participación dentro de un modelo de toma de decisión paternalista¹⁴.

En general se sobrevaloran los beneficios del cribado. La presentación de los resultados condiciona la percepción de los beneficios. La sobredimensión del resultado mostrado en valores relativos frente a absolutos es clara. Según un estudio, referenciado en el informe SESPAS 2008¹⁵, que exploró entre la población a partir de qué nivel de reducción absoluta de riesgo estaría dispuesta a tomar fármacos para prevenir eventos cardiovasculares, este era claramente superior al aportado por los fármacos en cuestión. Igualmente, los diferentes criterios entre médicos y pacientes en cuanto a niveles de aceptación de riesgo se presentan en un reciente estudio observacional publicado en *BMJ* sobre anticoagulación en fibrilación auricular.

Conclusiones

La redefinición del concepto cáncer es importante. El concepto clásico de «enfermedad neoplásica de curso natural fatal» puede cuestionarse tras los avances tecnológicos tanto en diagnóstico como en tratamiento, pues se ha hecho evidente que la palabra «cáncer» incluye anomalías celulares con cursos naturales muy variables: algunos crecen muy rápidamente, otros lo hacen con más lentitud, mientras que otros dejan de crecer por completo y algunos incluso regresan. A menudo la gente muere «con» enfermedades, pero no necesariamente «por» ellas.

La prudencia aderezada con la alfabetización en la interpretación de los datos puede ayudar a combatir la «arrogancia

preventiva». La decisión respecto al cribado del cáncer es un juicio de valor en cuyo debate es crucial el balance entre sobrediagnóstico y prolongación de la vida.

La evaluación de la efectividad y los resultados de un programa de cribado tendría que ser permanente y generar cambios. Los programas deberían modificarse en función de los resultados obtenidos o de las variaciones en el conocimiento científico.

Tanto la difusión de los resultados a las personas participantes como iniciativas, entre otras, como las del The Nordic Cochrane Centre con sus folletos informativos sobre las ventajas o inconvenientes de la mamografía como cribado, al igual que los folletos explicativos sobre el cribado del cáncer de próstata enmarcados en el Estudio Decidiu-PSA o también los programas de ayuda a la toma de decisiones del CERN Unit de la clínica Mayo permitirán avanzar en el camino de las decisiones compartidas.

Referencias bibliográficas

1. Salleras L, Domínguez A, Foresb MD. Los métodos de la medicina clínica preventiva (y III). Cribados. *Med Clin (Barc)*. 1994;102 Supl:26-34.
2. Gervas J, Fernández M. Problemas prácticos y éticos de la prevención secundaria. A propósito de dos ejemplos en pediatría. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2007;81(4):345-352.
3. Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. *Canadian Medical Association Journal*. 2002;167(4):363-4.
4. Minue S. Cribado de cáncer: ¿evidencia o política? *AMF*. 2010;6(9):478-479.
5. Welch HG, Black WC. Overdiagnosis in Cancer. *Journal of the National Cancer Institute*. 2010;102(9):605-13.
6. Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med*. 2009;360:1320-1328.
7. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL III, Buys SS, Chia D, Church DL, et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *N Engl J Med*. 2009;360:1310-1319.
8. Luján M, et al. Mortalidad por cáncer de próstata en la rama española del European Rando-mized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC). Resultados tras 15 años de seguimiento. *Actas Urol Esp*. 2012.
9. Preguntas clínicas. Fistera. No está bien establecida la relación beneficio-riesgo del cribado del cáncer de próstata. Disponible en: <http://www.fistera.com/formacion/preguntas-clinicas/cancer-prostata/>
10. Prostate Cancer Screening-The Evidence, the Recommendations, and the Clinical Implications. *JAMA*. 2011;306: 2721-2722.
11. Heath I. It is not wrong to say no. *BMJ*. 2009;338:b2529.
12. Queiro T. La información a las mujeres invitadas en los programas de cribado de cáncer de mama. En: *Maleficencia en los programas de prevención*. Barcelona: Fundación Grífols; 2011. p. 68-84.
13. Queiro Verdes T, Cerdá Mota T, España Fernández S (coords.). «Información a usuarias sobre el cribado de cáncer en la mujer: Evaluación de la situación actual y establecimiento de estándares de información basada en la evidencia: 1. Información a usuarias sobre el cribado de cáncer de mama. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social». Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, 2007. Informes de evaluación de tecnologías sanitarias: avalia-tión nº 2007/051.

MESA-TALLER COMUNICACIÓN Y SALUD

Empoderamiento del paciente a través de la comunicación: las perspectivas de la toma de decisiones compartida, la entrevista motivacional y atención familiar

Jueves, 14 de junio / 09.30-13.00 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.

Planta -2 / Sala A2

- 09.30-09.45 Presentación de la mesa e introducción
Juan José Rodríguez Salvador
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Osakidetza. CS de Ortuella. Bizkaia.
- 09.45-10.05 La comunicación con el profesional sanitario desde la perspectiva de un paciente activo
Juan Carlos Mendizábal
Paciente diabético. Abogado y máster training del programa Paciente activo-Paziente bizia.
- 10.05-10.25 Comunicación entre médicos y pacientes: una cuestión de tiempo y prioridad
Sergio Minué Lorenzo
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.
- 10.25-10.30 Preguntas y comentarios
- 10.30-11.30 Trabajo simultáneo en grupos con un caso clínico:
 • Enfoque desde la entrevista motivacional
Josep M.ª Bosch Fontcuberta
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Encants. Barcelona.
 • Enfoque desde los aspectos familiares
Amaya Zenarutzabeitia Pikatza
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Osakidetza. Unidad Docente de MFyC. Bizkaia.
 • Enfoque desde la toma de decisiones compartidas
Juan Carlos Arbonies Ortiz
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Osakidetza. CS de Beraun. Rentería. Gipuzkoa.
- 11.30-12.00 Café
- 12.00-12.50 Puesta en común mediante técnicas de role-play
- 12.50-13.00 Conclusiones y cierre

Justificación:

Todos los clínicos hemos podido observar en la consulta que la actitud del paciente es esencial a la hora de materializar las recomendaciones que le damos. Como dice la doctora Kate Lorig, directora del Centro de Educación para Pacientes de la Universidad de Stanford: «Si el paciente no quiere hacer algo, no lo hará». Por otra parte, tanto los estudios internacionales como la experiencia clínica nos muestran que hoy día los pacientes, y en especial los pacientes crónicos, necesitan ser algo más que meros receptores de prescripciones; necesitan adoptar una actitud proactiva que les permita obtener los mejores resultados en el control de sus síntomas y en la evolución de su enfermedad. La activación o el empoderamiento de los pacientes se puede abordar en la consulta desde diversas perspectivas, como pueden ser el enfoque motivacional, el enfoque familiar o el enfoque de la toma de decisiones compartidas. Todas ellas comparten el objetivo de reducir la gravedad de los síntomas y mejorar la confianza y la autoeficacia de los pacientes. En esta mesa tendremos la oportunidad de debatir qué significa el empoderamiento para los pacientes y para los médicos y las diferentes fórmulas para favorecerlo en la consulta del médico de familia.

Objetivos:

Objetivo general: Considerar la importancia de la comunicación en el proceso de activación y empoderamiento de los pacientes y el papel que esta desempeña. Explorar la forma en que se puede proceder a la activación y el empoderamiento de los pacientes desde las perspectivas familiar, motivacional y de la toma de decisiones compartidas.

Objetivos secundarios:

Los asistentes a la mesa podrán:

- Conocer cómo viven los pacientes su proceso de activación-empoderamiento.
- Conocer cómo influye la comunicación asistencial en el proceso de activación-empoderamiento de los pacientes.

- Poner en acción las técnicas básicas de activación-empoderamiento en la consulta del médico de familia.
- Comparar y contrastar las diferencias existentes entre los abordajes de activación-empoderamiento de los pacientes basados en los aspectos familiares, motivacionales y de la toma de decisiones compartidas.

Metodología:

Introducción: exposición

Ponencias: exposición

Taller:

- Reflexión individual y grupal a propósito de un caso clínico común
- Bases teóricas: seminario participativo
- Trabajo práctico: *role-play*
- Conclusiones: presentación y *role-play*

Introducción

Juan José Rodríguez Salvador

«Me fui a estudiar fuera de mi localidad con 17 años. No estaba suficientemente madura y enfermé. Tuve que dejarlo todo: estudios y amistades, y el mundo se me cerró.

Doy las gracias a muchos de los que me rodean, que me apoyaron como buenamente pudieron, pero la que más fui yo: acepté y puse manos a la obra, tomando el toro por los cuernos. Y aquí estoy, como el buen vino: mejorando cada día.»

BEATRIZ

31 de diciembre de 2010, 12.12 AM

Hasta ahora, los médicos hemos creído firmemente en la idea de que el proceso de atención sanitaria se sustentaba sobre la base del siguiente supuesto: en primer lugar, el paciente informa al profesional de su padecimiento y, acto seguido, el profesional realiza las pruebas que cree más convenientes hasta decidir cuál es el tratamiento que debe seguir el paciente para aliviar o curar su padecimiento. Finalmente, el paciente tiene el deber de cumplir con nuestras recomendaciones terapéuticas. Sin embargo, estamos comprobando a diario que este esquema funciona solo a medias en el mejor de los casos. A algunos pacientes les resulta relativamente fácil seguir nuestros consejos, pero muchos otros ponen pegas de forma continuada: nos hacen saber que les es imposible llevar a cabo nuestras recomendaciones, todo les sienta mal; consultan repetidas veces por los mismos problemas; nos transmiten la sensación de que no estamos haciendo todo lo posible para solucionar su problema, parece como que no los entendemos... Podría dar la impresión de que pacientes y médicos trabajan unos en contra de los otros, en vez de colaborar. Ante esta tesitura, algunos médicos se están animando a contar más con los pacientes a la hora de decidir las medidas terapéuticas más adecuadas para cada situación. De esta forma, confían en cambiar esa actitud «negativa» de los pacientes por otra más «positiva». En la actualidad, se están abriendo camino unos movimientos² que fomentan la progresiva toma de control del proceso sanitario por parte de los pacientes.

En general, se manejan dos argumentos para impulsar el cambio del ejercicio profesional hacia una mayor participación de los pacientes en materia de salud³. En primer lugar, ya no es ético que los pacientes no intervengan en las decisiones que se adoptan sobre su salud. En segundo lugar, una mayor participación del paciente en la consulta puede conducir a una mayor satisfacción y, lo que es más importante, a una mejora de su salud⁴. La investigación aporta estudios de alta calidad que demuestran que merece la pena apoyar la capacidad de autogestión de los pacientes, particularmen-

te centrándose en el cambio de comportamiento y el fomento de su automanejo⁵. No obstante, apoyar la capacidad de automanejo no es ninguna panacea; es probable que funcione mejor cuando se implementa como parte de un conjunto amplio de iniciativas dirigidas a mejorar la asistencia sanitaria. Entre dichas iniciativas se deben incluir la aplicación de la mejor evidencia disponible y el uso de la tecnología adecuada, la utilización de herramientas de ayuda para la toma de decisiones, la creación de alianzas eficaces con la comunidad y la formación de los profesionales.

Existe una amplia gama de estrategias que se pueden adoptar para apoyar la capacitación para el automanejo de los pacientes. En conjunto, varían desde un extremo en el que se situarían la aportación pasiva de información sobre conductas saludables y el aprovechamiento de recursos técnicos como internet o de herramientas para la toma de decisiones, hasta otro extremo, en el que se encontrarían las iniciativas que persiguen un cambio activo en el comportamiento y el incremento de la autoeficacia de los pacientes. Aunque cualquier tipo de apoyo es importante para componer el rompecabezas necesario para fomentar el automanejo, lo cierto es que resulta poco probable que las medidas informativas por sí solas consigan motivar un cambio de comportamiento sostenido y que mejoren los resultados clínicos. Es necesaria una intervención más activa por parte del paciente para que este pueda plantearse objetivos realistas y personalizados que conlleven transformaciones de conducta duraderas. Cada vez hay más evidencia de que las estrategias colaborativas entre pacientes y profesionales obtienen resultados positivos. Por ejemplo, se ha demostrado que los enfoques docentes colaborativos satisfacen mejor las necesidades educativas de los pacientes con diabetes tipo 2 y se traducen en una mayor capacidad para llevar a cabo las actividades de autocuidado que son necesarias para conseguir el control satisfactorio de su enfermedad⁷.

Por tanto, los estudios internacionales, al igual que la experiencia clínica, nos muestran que hoy día los pacientes, y en especial los pacientes crónicos, necesitan ser algo más que meros receptores de prescripciones; necesitan adoptar una actitud proactiva que les permita obtener los mejores resultados en el control de sus síntomas y en la evolución de su enfermedad.

Los pacientes, por su parte, suelen contemplar la enfermedad como un obstáculo en el camino de la vida: la enfermedad, y de manera especial la enfermedad crónica, cambia o transforma este camino y a veces lo trunca; trae limitaciones, frustraciones e incertidumbre sobre del futuro. A pesar de todo, la mayor responsabilidad en el cuidado recae en los pacientes o en su entorno. Hasta un 80 % o un 90 % de los cuidados que precisan las personas con enfermedades crónicas son prestados por ellos mismos y por sus familiares y allegados⁸, y consisten en comer adecuadamente, hacer ejercicio, tomar los medicamentos, mantener el equilibrio mental, observar los cambios en la enfermedad, sobrellevar los síntomas y saber cuándo deben consultar algo. En definitiva, la capacitación o la activación de los pacientes se basa, pues, en educarlos en el manejo de su enfermedad y motivarlos para que tomen la responsabilidad de cuidarse lo mejor posible⁵.

Referencias bibliográficas

1. <http://patienteducation.stanford.edu/lorig.html>
2. http://en.wikipedia.org/wiki/Patient_empowerment
3. Coulter A. Paternalism or partnership? *BMJ*. 1999;319:719-20.
4. Coulter A. Patient engagement-what works? *J Ambul Care Manage*. 2012 Apr;35(2):80-9.

5. De Silva D. Evidence: Helping people help themselves. The Health Foundation. Londres, 2011.
6. Cockle-Hearne J, Faithfull S. Self-management for men surviving prostate cancer: a review of behavioural and psychosocial interventions to understand what strategies can work, for whom and in what circumstances. *Psychooncology*. 2010;19(9):909-22.
7. New N. Teaching so they hear: using a co-created diabetes self-management education approach. *J Am Acad Nurse Pract*. 2010; 22(6): 316-25.
8. Vickery DM, et al. Effect of a self care education program on medical visits. *JAMA*. 1983;250 (21): 2952-2956.

1. La comunicación con el profesional sanitario desde la perspectiva de un paciente activo

Juan Carlos Mendizábal

Partiendo de mi experiencia como paciente que va asumiendo que tiene que integrar la enfermedad crónica como una condición que le acompañará mientras viva, y que ha de integrarla a sus responsabilidades, igual que la familia, amigos, trabajo, etc., ¿cómo me planteo mi comunicación con los profesionales sanitarios? ¿Cómo afecta esta comunicación a la seguridad y confianza con la que abordo el control de mi salud? Es una necesidad: no soy médico, no tengo formación sanitaria ni conocimientos o medios a mi alcance para controlar solo mi diabetes. Cuando decido ser un paciente activo, pongo en marcha lo que yo puedo aportar: la decisión de cuidarme permanentemente y la intención (muchas veces no alcanzada ni cumplida) de desarrollar hábitos de vida que ayuden a un buen control del azúcar. Pero eso no es suficiente. Necesito, para llevar a cabo mi decisión, la implicación del sanitario, de mi médico y mi enfermera.

Para ello, el primer paso ha consistido en identificar a estos profesionales como colaboradores con un papel muy importante en mi proyecto: alcanzar la mejor calidad de vida posible en mi enfermedad crónica. Dar este paso ha constituido un momento de inflexión que ha comportado un cambio fundamental: dejar de ver, poco a poco, a los profesionales de la sanidad como:

- Personas ajenas y extrañas a mi vida cotidiana que intentan incidir en ella desde unos conocimientos que yo no tengo ni entiendo.
- Personas que intentan (dicen que por mi bien) imponerme normas y limitaciones en mi vida cotidiana sin preguntarme si yo deseo o necesito algo de eso, o si estoy de acuerdo.
- Personas que, cada x meses, me recuerdan toda la limitación que comporta mi enfermedad al comentarme unos análisis que revelan aspectos íntimos de mi salud, cada vez más afectada, en una jerga que me resulta incomprensible.
- Personas a las que de vez en cuando les cuento alguna historietita para ver si me dejan tranquilo.

Esa imagen del profesional sanitario, que he vivido en etapas en que percibía mi enfermedad como una molestia pasajera que podía controlarse con un poco de medicación y que no iba a requerir demasiados cuidados, ha ido cediendo en la medida en que he asumido que la enfermedad es permanente y que sus efectos van minando la calidad de mi vida cotidiana. Es mía, y no la tengo porque me la diagnostique el médico. La responsabilidad de enfrentarme a ella es también mía y la decisión de hacerlo me corresponde igualmente a mí.

A partir de ahí va surgiendo también una nueva percepción de los profesionales de la salud como colaboradores implicados en una decisión, en un proyecto importante para mí. Debo mantener una buena sintonía con quien va a colaborar conmigo, lo que me lleva a descubrir que tengo que comunicarme con los sanitarios de otra manera, de una forma

más participativa, comprometida y segura. Percibo que he de conseguir que estos pasen a ser:

- Personas expertas que me aportan conocimientos, orientación, consejo, herramientas, apoyo...
- Personas que se implican con mi decisión de asumir un papel activo en el control de mi diabetes.

Veo que tengo que comenzar a comunicarme de otra manera, porque descubro que hasta ese momento me he presentado ante ellos:

- Como el contenido de un papel con datos que me daba un médico para lo entregase a otro médico que era capaz de descifrarlo y saber qué me pasaba y cómo se me arreglaba.
- Como la víctima propiciatoria resignada a que me quiten todas las pequeñas alegrías de mi día a día.
- Como un objeto de adivinación: «Este de la bata blanca que ha debido de estudiar mucho, que demuestre lo listo que es y que adivine lo que me pasa y lo arregle».
- Como alguien que asentirá a todo lo que el médico diga durante los cinco minutillos que me va a dedicar, pero que luego hará lo que quiera.

Tengo que cambiar, él de la bata blanca me interesa: me puede ayudar en mi objetivo. Tengo que poder contar con él, he de implicarlo en mi proyecto. El cambio pasa por ver en él, más allá del que está sentado al otro lado de la mesa, a una persona a la que, si la convengo, puede pasarse a este lado de la mesa y ser alguien que me acompañe. Él me lo puede poner más o menos fácil, pero el primer paso debe ser mío:

- Compartiendo con él lo que supone mi enfermedad en mi día a día.
- Intentando aportarle los datos e información que necesita para poner en juego con eficacia sus recursos profesionales conmigo.
- Siendo sincero, preguntando lo que no sé.
- Sabiendo que él desempeña un papel propio, y distinto del mío, en mi tratamiento, y que entre ambos podemos encontrar soluciones efectivas.
- Adoptando una actitud participativa en el tratamiento: ya no voy a la consulta a «pasar el examen» o a «aguantar el chaparrón»; intento ir a colaborar.

Yo he tenido mucha suerte: mi enfermera se implicó en mi enfermedad antes de que yo mismo lo hiciera; supo transmitirme la necesidad de que yo me implicara de manera cercana y segura y me convenció de que esto era algo importante. Miró y vio por mí lo que yo no era capaz de ver. ¿Cómo lo hizo? Comunicándose conmigo sin reñirme, sonriendo, preguntando y escuchando, proponiendo, no imponiendo, esperando, compartiendo herramientas y soluciones. Y me convenció para que participara en el programa Paciente Activo.

Nuestra comunicación, a través de la cual yo y el sanitario vamos a ir compartiendo competencias que nos permitan colaborar, deberá propiciar que la mesa de la consulta pase a ser una superficie donde compartir y hacer crecer nuestra decisión de controlar mi enfermedad.

A ambos nos toca esforzarnos, asumir papeles nuevos o distintos a los que estamos acostumbrados y establecer lazos sólidos, porque mi enfermedad es crónica y nuestra colaboración va a ser larga.

2. Comunicación entre médicos y pacientes: una cuestión de tiempo y prioridad.

Sergio Minué Lorenzo

Según Tom Bodenheimer¹, un paciente es interrumpido a los 23 segundos de comenzar la consulta con un médico. Y el 55 % de ellos abandonan la consulta sin entender lo que el

médico les ha dicho. Si se hiciera un estudio semejante en nuestro medio, es posible que los resultados no fueran muy diferentes. En líneas generales, se sigue considerando que dejar la iniciativa a los pacientes lleva inevitablemente a renunciar al control de las consultas y a que se prolonguen más allá de lo deseable.

Sin embargo, no necesariamente tiene por qué ser así. En su reciente libro (*The Patient Paradox*²), Margaret McCartney, una médica general escocesa, señala que uno de los consejos más sabios que recibió en su período de formación fue el de que intentara no interrumpir al paciente al menos durante el primer minuto de consulta (en el Reino Unido, la duración media de una consulta en medicina general es de 10 minutos). Ello no implica aumentar la duración de la consulta, y, por el contrario, refuerza la sensación del paciente de que se siente escuchado. Como dice McCartney, «averigua por qué viene el paciente. Déjale hablar. Intenta no cortarle. Si quieres averiguar el diagnóstico, escucha a los pacientes, permíteles que te lo cuenten». Sin embargo, los procedimientos en boga en la mayor parte de las consultas impulsan una práctica clínica que va en la dirección opuesta. «Tan pronto como abro la historia clínica –señala McCartney–, una alerta amarilla me recuerda que debo preguntar al paciente si fuma.» La aplicación de los modelos de gestión industrial al ejercicio de la medicina han convertido al paciente en usuario, cuando no en cliente. La sustitución de la relación médico-paciente por la de cliente-proveedor nunca es inocua: el papel del médico como consejero deja de ser necesario, sustituido por una simple respuesta a deseos o necesidades, aunque sean poco razonables o incluso peligrosos. Y ello es así porque en este caso deja de ser necesaria la confianza, el cemento con el que se construyen las relaciones, fundamento último, según Richard Roberts, del trabajo del médico de familia.

En este tipo de modelos de producción industrial, el seguimiento de los protocolos o las guías deviene en imprescindible, de la misma forma que lo es seguir el procedimiento de ensamblaje de las piezas en las cadenas de montaje. La medicina basada en la evidencia ha pasado de ser una orientación a convertirse en ley, cuando el papel de un verdadero médico general debería ser, como decía Lambert³, «el de saber balancear las utilidades de las intervenciones médicas (a menudo sobrevaloradas), con los valores y preferencias de los pacientes».

Reconocer que el paciente tiene su propio código de valores, y que este a su vez es diferente del nuestro, hace la comunicación con el paciente mucho más compleja, incluso conflictiva, pero a la vez enormemente más rica. El conocimiento científico y las evidencias científicas disponibles actúan en este proceso tan complejo de comunicación entre un médico y un paciente a la manera del mapa que nos ayuda a entender un territorio desconocido. Pero, como señalaba de forma tan clarificadora Iona Heath⁴, el mapa del conocimiento nunca puede sustituir el vasto territorio que abarca el sufrimiento humano, frente al cual no es más que una orientación. En este sentido, sustituir la forma de entender y vivir la enfermedad del paciente por las indicaciones estrictas de la evidencia científica disponible inevitablemente empobrece el rico proceso de comunicación entre médicos y pacientes. Porque, como decía Osler, «para el médico debe ser mucho más importante conocer qué tipo de paciente padece una enfermedad, que no qué tipo de enfermedad padece un paciente».

En el proceso de evolución histórica⁵, desde el clásico paternalismo médico hacia el tentador escenario en el que el paciente podría tomar todas las decisiones sobre sus necesidades de salud aprovechando las casi ilimitadas posibilidades de internet, es necesario reconocer que resulta imprescindible incluir los valores y preferencias de los pacientes en cualquier proceso de toma de decisiones.

Levinson y Pizzo⁶ analizaban recientemente los requisitos necesarios para una adecuada comunicación entre médicos y pacientes, sin la cual muchos de los planteamientos previos se convierten en meras declaraciones de buenas intenciones. En dicho trabajo señalaban la paradoja de que los descubrimientos científicos recientes, capaces de crear instrumentos cada vez más sofisticados de diagnóstico y tratamiento, se han acompañado de un progresivo deterioro de una de las habilidades más esenciales de los médicos: la capacidad de escuchar: «Los pacientes a menudo perciben que los médicos están demasiado ocupados para escuchar y demasiado distantes para atenderles». Sin embargo, dichos autores se preguntan: «Si los beneficios de una buena comunicación en la atención a los pacientes y los resultados en salud son tan evidentes, si las deficiencias en comunicación están tan intrínsecamente unidas a errores médicos, ¿por qué se ha alcanzado tan escaso progreso en esta materia a lo largo de los años?». La primera razón es que una buena comunicación lleva tiempo, y la época actual está presidida por el reinado de la prisa, la productividad y la «supuesta eficiencia». Y aunque los médicos muestren repetidamente interés en aumentar su tiempo de dedicación a la atención a cada paciente, las organizaciones siguen mucho más interesadas en incrementar la productividad de sus «recursos» a cualquier precio. Experiencias españolas como la reivindicación de los diez minutos por paciente y la escasa sensibilidad de las autoridades sanitarias a esta demanda son una buena muestra de ello. Por otra parte, la formación en comunicación sigue relegada a ser considerada en los programas de grado y posgrado como una actividad accesorio, nunca tan fundamental como las habilidades relacionadas con los procedimientos tecnológicos. Sin embargo, el tiempo resulta imprescindible. Como dice Iona Heath⁷, «los médicos necesitamos ojos para ver la dignidad y humanidad de nuestros pacientes y para evitar apartarnos del sufrimiento y la angustia». O en palabras de Berger, «En lugar de aprender a buscar la enfermedad en los ojos del paciente o al oír su voz, tratamos de leerla a partir de los datos que nos proporcionan complicados instrumentos de medición. Tal vez ambas cosas son necesarias, pero es difícil practicarlas simultáneamente».

Referencias bibliográficas

1. Bodenheimer T. The future of primary care. Transforming practice. NEJM. 2008;359:2086-9.
2. McCartney M. The paradox patient. Why sexed up medicine is bad for your health. Pinter&Martin Ltd; 2012.
3. Lamberts H. Generic research in general practice. EJGP. 1996;2(3):129-131.
4. Heath I, Sweeney K. Medical generalists: connecting the map and the territory. BMJ. 2005;331:1462-4.
5. Truog RD. Patient and doctors. The evolution of a relationship. NEJM. 2012;366:581-5.
6. Levinson W, Pizzo PA. Patient-physician communication. It's about time. JAMA. 2011;305:1802-3.
7. Heath I. Ayudar a morir. Buenos Aires: Kats editores; 2008.

MESA VASCO DA GAMA

Compromiso y realidad de la Medicina Familiar y Comunitaria en Europa: ¡participa!

Viernes, 15 de junio / 12.00-13.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A2

Moderadora:

Raquel Gómez Bravo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Delegada Nacional VdGM. Adjunta del servicio de Urgencias Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Ponentes y contenido:

1. Tiago Villanueva Gutiérrez Arruda Marques

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UCSP
Alvalade. Lisboa
Miembro del VdGM-Grupo IMAGE.

2. Martin Sattler

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Miembro del VdGM-Grupo IMAGE. Representante
Nacional de Luxemburgo.

Resumen

Contar con la Medicina Familiar y Comunitaria es un privilegio en el ámbito mundial; sin embargo, el concepto asistencial de médico de familia posee distinto matiz según el país en el que nos encontremos.

¿Le interesa al médico de familia conocer otras realidades? ¿Quiere el médico interno residente, el joven médico de familia, el adjunto de la consulta o el tutor participar de esa otra visión?

El Movimiento Vasco da Gama (VdGM) es el *network* de residentes y JMF europeo creado en 2005, y se encuentra articulado en cinco grupos de trabajo:

- BEYOND EUROPE
- EDUCATION & TRAINING
- EXCHANGE
- IMAGE
- RESEARCH

Los objetivos del VdGM son:

- Proporcionar un foro, un punto de soporte e información para residentes y jóvenes médicos de familia a través de internet y, físicamente, de las todas las jornadas y congresos nacionales e internacionales, *preconference* y congresos de Wonca Europa.
- Establecer una red de comunicación entre residentes europeos y jóvenes médicos de familia para identificar sus intereses, dudas, necesidades y ayudarles a dirigirlos.
- Mejorar la calidad de los programas docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, establecer una base de datos centralizada de los programas docentes de esta especialidad y construir unos estándares de calidad docente.
- Colaborar con todas las asociaciones nacionales y organizaciones internacionales, representando al VdGM en todas ellas y estimulando la participación en las mismas de los residentes y de los jóvenes médicos de familia.
- Difundir información de interés para los residentes y jóvenes médicos de familia alrededor del mundo.

En la mesa se difundirán las realidades de estos cinco grupos de trabajo, los proyectos que actualmente se están llevando a cabo y las líneas de trabajo futuras, de modo que se inicie el debate acerca de las posibilidades del *network* europeo a nivel de residentes y JMF con cuestiones como: ¿es real?, ¿qué nos aporta?, ¿debemos potenciarlo?

La participación en esta experiencia consistente en trabajar con otros compañeros extranjeros, haciendo crecer la Medicina Familiar y Comunitaria y eliminando fronteras, es única y debería constituir un epígrafe más en la formación del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Debates

DEBATE 1

Niños en Atención Primaria: ¿son trabajo del médico de familia?

Jueves, 14 de junio / 09.30-10.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A1

Moderador:

Manuel Sarmiento Cruz

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador de la sección de Jóvenes Médicos de Familia de semFYC. CS Santa Ponsa-Calvià. Mallorca. Illes Balears.

Ponentes y contenido:

1. Los niños en Atención Primaria

Iñaki Martínez Nimatuj

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Vocal de la Junta directiva de la OSATZEN (Sociedad Vasca de MFyC). CS de Bilbao. Euskadi.

2. La atención a la población infantil en Atención Primaria

Begoña Domínguez Aurrecochea

Especialista en Pediatría, Presidenta de la AEPAP (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria). CS de Otero. Oviedo. Asturias.

Resumen

Históricamente, el médico generalista se encargaba de la atención a toda la familia, incluidos los niños. Con la aparición del Programa del Niño Sano, los pediatras «aterrizaron» en los centros de salud, donde, en el momento actual, se han convertido en profesionales indispensables. Debido a la planificación y a otros múltiples factores, desde hace unos años escasean los pediatras y sus plazas en Atención Primaria las están cubriendo los médicos de familia, lo que está convirtiéndose en una salida profesional más o menos habitual de los que acaban de terminar la residencia. Desde hace unos años se está planteando la suspensión del Programa del Niño Sano o su evolución hacia un programa llevado por la enfermera y el médico de familia y en el que habría pediatras únicamente como consultores. También se plantea la opción de disminuir la edad de la «población pediátrica» para que de esta manera los médicos de familia visiten a pacientes a partir de los 7 años. Esta situación no es única en España, si bien en otros países de nuestro entorno se organizan con diferentes fórmulas.

En este debate pretendemos evaluar los pros y contras de la atención a la población pediátrica por parte del médico de familia, ya sea como sustituto de la plaza de pediatra o mediante una posible ampliación de la edad de atención. Para ello se realizará una breve descripción de la situación en otros países y, por último, se abordará el tema de la formación y de la responsabilidad legal en la atención pediátrica. No pretendemos crear un foro donde se den soluciones «mágicas» al conflicto, sino fomentar un espacio para la reflexión y el planteamiento de nuevos escenarios futuros. Para el desarrollo del debate contaremos con un médico de familia con experiencia en la atención a población pediátrica y con una pediatra de Atención Primaria.

1. Los niños en Atención Primaria

Iñaki Martínez Nimatuj

Una de las salidas profesionales frecuentes cuando uno termina el período de residencia es trabajar en un cupo infantil. A menudo constituye una oportunidad para obtener estabilidad laboral y continuidad en la asistencia, que es una de las características principales de nuestra especialidad.

El debate sobre qué profesional es el más capacitado para atender a los niños en Atención Primaria es largo y provoca, en demasiadas ocasiones, emociones encontradas.

Cuatro años de residencia en Pediatría habilitan de forma suficiente a los médicos que la realizan para atender a los niños en su globalidad nosológica. A ello pueden añadirse más tarde períodos de subespecialización en las distintas ramas de Pediatría. De igual modo, los médicos que realizamos la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria vamos adquiriendo en esos cuatro años los conocimientos necesarios para poder atender las patologías más frecuentes que se presentan a lo largo de la vida de una persona. Y esto incluye la etapa infantil y adolescente.

Una parte de los motivos de consulta más frecuentes en la atención pediátrica son las bronquiolitis, infecciones respiratorias de vías altas, otitis, amigdalitis, diarreas, neumonías, etc. La obesidad y el asma son ejemplos de una patología crónica habitual. El control del niño sano tiene lugar mediante actividades preventivas, un ámbito de la pediatría que sí podemos abordar los médicos de familia y para el cual nos capacita, en parte, el período de residencia.

La verdad es que España resulta un país curioso. Se da la paradoja de que se trata de uno de los Estados de Europa con mayor proporción pediatra/niño y, al mismo tiempo, uno de los que mayor demanda asistencial recibe en este terreno. A más pediatras, más demanda asistencial. Y, sin embargo, se dice que hacen falta más especialistas. Mientras tanto, hay pueblos a lo largo y ancho del país donde los niños son atendidos por sus respectivos médicos de familia con calidad asistencial suficiente, igual que sucede en los PAC por las tardes-noches y durante los fines de semana. Es difícil imaginar un marco asistencial donde los pediatras se ocupen exclusivamente de la atención infantil las 24 horas del día. Junto con Chipre y Grecia, somos el único país de Europa donde los niños son atendidos de la manera vigente hasta los 14 años.

Una vez más, nuestra especialidad ofrece la flexibilidad precisa para dar respuesta a la necesidad de estos tiempos, al igual que sucede con la atención al anciano, al emigrante, a la embarazada, al enfermo terminal, a los crónicos, etc. Y cabe resaltar que ninguna otra especialidad goza de la oportunidad que nos brinda la nuestra de conocer la realidad bio-psico-social de las familias a las que atendemos, con lo que nos coloca en una perspectiva inmejorable para la atención de nuestros menores.

El debate debe servir para acercarnos en las posturas, reconocernos como profesionales de la medicina y ayudarnos a mostrar cuál puede ser el mejor marco para la atención infantil desde la realidad que tenemos.

2. La atención a la población infantil en Atención Primaria

Begoña Domínguez Aurrecochea

El Real Decreto 137/1984 de 11 de enero de Estructuras Básicas de Salud y la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril definen y sientan las bases de la actual red de Atención Primaria, regulan el sistema de salud pública en España y

establecen el modelo sanitario en el que el pediatra es la puerta de entrada al sistema de salud de la población infantil y responsable de su atención integral.

La infancia es percibida con frecuencia como un grupo de población con escasas necesidades y problemas de salud, que precisa poca atención y recursos, lo que la hace casi invisible en la planificación de los servicios.

En general, no se tiene en cuenta que la infancia constituye un período de desarrollo muy vulnerable tanto desde el punto de vista físico como psicosocial, y que responde positivamente a factores protectores; por ello es preciso abordar la infancia como una etapa de la vida con necesidades y problemas de salud específicos.

La pediatría de Atención Primaria (AP) proporciona una asistencia sanitaria próxima a los niños y sus familias, partiendo de una visión global e integral de la medicina en la que el objeto fundamental no es la enfermedad, sino la población infantil en todas sus etapas.

La supervisión de la salud de la población infantil precisa de un profundo conocimiento de las variaciones dentro de la normalidad y las estrechas lindes (en muchas ocasiones) entre lo normal y patológico, lo que requiere intervenciones y tratamientos específicos.

La mortalidad infantil es un parámetro de medida habitual de resultados de salud, que en España se encuentran en la actualidad entre los mejores de la Unión Europea tras haber mejorado de manera significativa en los últimos años. La misma tendencia se observa en la evolución de enfermedades infecciosas prevenibles: sarampión, rubéola y parotiditis, y en las coberturas vacunales de la población infantil.

Aunque parece indiscutible la frase: «Los niños deben ser atendidos por el profesional que ha recibido la formación específica», existe controversia sobre el tipo de profesional más adecuado (pediatras o médicos de familia/generales) para prestar atención sanitaria a los niños en AP. Son pocos los estudios cuyo objeto principal ha sido comparar directamente la práctica clínica de ambos tipos de profesionales. El Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la AEPap ha llevado a cabo una revisión sistemática para analizar qué ventajas aporta la asistencia sanitaria cuando es realizada por pediatras en el primer nivel asistencial. Dicho análisis pretendía responder a la pregunta: «¿Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en Atención Primaria en países desarrollados?».

El objetivo del estudio era comparar la atención sanitaria proporcionada por pediatras (PED) y por médicos de familia/generales (MF/MG) en los siguientes aspectos de la práctica clínica: la prescripción de antibióticos, la indicación de pruebas diagnósticas, el manejo de la otitis media, del asma, de la fiebre y de diversas alteraciones psicopatológicas, así como la realización de actividades preventivas.

Los datos indican que los MF/MG prescribieron más antibióticos que los PED en infecciones del tracto respiratorio superior, siendo estos cuadros habitualmente de probable etiología vírica, lo que hace que en la mayoría de las ocasiones no se precise su uso. Los PED tuvieron más probabilidades de adherirse a las recomendaciones de guías de práctica clínica sobre el manejo de la fiebre y del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad, así como una mayor capacidad de resolución para otras enfermedades de elevada prevalencia durante la infancia y la adolescencia, como el asma y la otitis. Además, la población infantil atendida por PED presentaba porcentajes de vacunación superiores a la de los MF/MG en todos los estudios que evaluaron este resultado.

Valorando todos estos datos, los autores del estudio concluyen que «parece recomendable mantener la figura del pediatra

en los equipos de Atención Primaria y reforzar su función específica como primer punto de contacto del niño con el sistema sanitario, encontrándose importantes ventajas para la población infantil».

DEBATE 2

La autonomía del paciente: de la teoría a la realidad

Jueves, 14 de junio / 10.30-11.30 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.

Planta -2 / Sala A1

Moderador:

Andrés López Romero

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Máster en Derecho Sanitario. Grupo Lex Artis SoMaMFyc.

Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad. Gerencia de Atención Primaria. Comunidad de Madrid.

Ponentes y contenido:

1. El principio de autonomía

Jesús González Cajal

Psiquiatra. Hospital La Princesa. Máster en Bioética.

Presidente del Comité Ético de Asistencia Sanitaria y vocal

del Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital

La Princesa. Madrid.

2. La autonomía del paciente. Nuestra realidad

Soledad Holgado Catalán

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Monterrozas.

Máster en Bioética. Grupo Lex Artis SoMaMFyc. Grupo de Ética

semFYC. Vocal del Comité de Ética Asistencial. Dirección Asistencial

Noroeste. Vocal del Comité Ético Asistencial. Hospital Puerta de Hierro.

Madrid.

Resumen

En los últimos años hemos asistido a un cambio en la relación clínico-asistencial, que se ha transformado desde el modelo paternalista preponderante hasta, avanzado el siglo xx, el modelo autonomista, promovido desde la Bioética y regulado por cambios normativos. Ya la Ley General de Sanidad de 1986 consagraba el respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, y garantizaba a través de la organización sanitaria la protección de la salud como derecho inalienable de la población. Establecía el respeto a la intimidad y confidencialidad de la información relacionada con la asistencia. La Ley de Autonomía del Paciente en 2002 ha venido a consolidar estos derechos, reforzando la autonomía del paciente, regulando las instrucciones previas, el acceso a la información de la historia clínica, la intimidad y el consentimiento informado. Sin embargo, la inercia tanto de los profesionales como la de los propios usuarios, habituados a una relación más directiva y asimétrica, está retrasando la aplicación del principio de autonomía en la relación asistencial, al chocar ambas concepciones. Debatiremos hasta qué punto esto es cierto y qué medidas pueden desarrollarse para promover este nuevo paradigma.

1. El principio de autonomía

Jesús González Cajal

Este principio viene a sugerir que, en el ámbito sanitario, si los valores del paciente se enfrentan directamente con los de

la medicina, representados por el médico, la responsabilidad fundamental de este último es facilitar y acatar la decisión que el enfermo toma respecto a su destino sanitario, siempre que el usuario esté suficientemente informado y sea competente para decidir.

La palabra «autonomía» está formada por los vocablos de origen griego «*autós*», que quiere decir «propio», «por uno mismo», y «*nomós*», que significa «regla», «ley»; combinadas ambas se refieren al «autogobierno».

Aplicada a las personas, este término alude más bien a la formación de la propia personalidad mediante el conocimiento y el entendimiento adecuados, que no deben ser controlados ni interferidos por otros ni por limitaciones personales, con lo cual «autonomía» se asocia a otros conceptos como los de libertad de elección, creación de posturas éticas personales y asunción de la responsabilidad de los propios actos.

Por eso, cuando una persona carece de la capacidad de crítica interna para dominarse, y no solo sufre libertad de controles o limitaciones externas, se dice que carece de autonomía plena.

La decisión de una persona es autónoma si procede de los valores y creencias propias, se basa en una información y comprensión adecuadas y no viene impuesta por coacciones internas o externas. La autonomía de una persona se ve reducida cuando alguna de estas condiciones no se cumple, o solo se cumple en parte.

Los que tratamos a diario con el atribulado enfermo sabemos que el grado de desamparo, miedo y desvalimiento ante la enfermedad y el imponente sistema sanitario es tal que nos induce a dudar con frecuencia de si sus decisiones pueden ser plenamente autónomas, aunque sean racionales. Por tanto, cuanto más abrumado se encuentre un paciente ante su proceso patológico, más fácil es justificar el maternalismo o el paternalismo.

Así, un cierto paternalismo va indisolublemente unido al rol del personal sanitario; ahora bien, la pregunta sobre si puede existir el uno sin el otro sigue abierta, y quizás a esto pueda responder la Bioética Clínica, de ahí su auge actual.

Un paternalismo suave puede ser un imperativo ético cuando el paciente nos lo pide o es dudosa su competencia. En cambio, el paternalismo fuerte equivale al rechazo a aceptar o a consentir los deseos, opciones y acciones de las personas que gozan de información suficiente y de capacidad o competencia adecuada, por el propio beneficio del enfermo.

Un rasgo fundamental del respeto al principio de autonomía que se ha gestado en medios jurídicos alude a que toda «persona competente», concepto que ellos utilizan para referirse a «persona con capacidad plena», tiene soberanía sobre su propia vida, que incluye la intimidad propia y los derechos de controlar en lo posible todo lo que le suceda a su cuerpo y a sus bienes.

En sus orígenes, tales derechos surgieron como un intento de controlar o delimitar de alguna manera la soberanía del Estado o los abusos de otras personas; quería corregir el posible desequilibrio de poder entre la persona y el Estado o entre la valoración que de sus mejores intereses hiciera una persona y la que hicieran otra u otras personas enmascarado sus intereses, más o menos, en beneficio de ellas mismas y en detrimento de los propios valores de la persona en cuestión, aunque al menos en teoría pretendieran beneficiarla. Soy de la opinión de que, en principio, conviene ser muy escéptico en nuestra sanidad ante la suposición de que los médicos tenemos la capacidad, a priori, de conocer los mejores intereses de los pacientes y sus familias más que ellos mismos. Sin embargo, hasta hace muy poco (unos seis lustros, más o menos), el modelo habitual de la relación usuario-sanitario (RUS) era paternalista, como ocurría en otros muchos ámbi-

tos (familia, religión, trabajo, política, etc.), y se formulaba a través del imperante y generalizado, casi exclusivo, principio de beneficencia (que viene de *bene*, «bien», y *ficere*, «hacer»: «hacer el bien»).

El principio de beneficencia mal entendido hoy es paternalismo en el médico y maternalismo en la enfermera.

Kant se interesó mucho por que el rasgo definitorio de toda comunidad humana fuera el mutuo respeto, que pasa por considerar a los demás libres para elegir; si siguiéremos este principio, no trataríamos a los otros como medios para conseguir nuestros propios fines sin su consentimiento. De no hacerlo así, faltaríamos el respeto a sus decisiones autónomas y, por lo tanto, a ellos mismos como personas autónomas.

En términos muy concretos, pasaríamos del «consentimiento informado» al «sometimiento firmado».

Volviendo a Kant, de ese pensamiento filosófico deduce él que, al evaluar las decisiones y acciones de los demás, tenemos el deber *Prima Facie* de concederles el mismo derecho a emitir sus propios juicios que nosotros a emitir los nuestros; ellos, a su vez, deben hacer lo mismo con nosotros.

En la actualidad, esto es perfectamente aplicable a nuestra «relación decisional» con los pacientes, a pesar del «mal estructural sanitario» que nos impide dedicar al paciente todo el tiempo que necesita y reclama para informarle y para conocer los valores que tiene y que influirán en la toma de decisiones sanitarias que le afectan.

La práctica de la Bioética Clínica está amenazada por la masificación, la presión asistencial. Un ejemplo de ello es que mi médico de Atención Primaria tiene una carga de trabajo media de 42 pacientes al día.

Hay un conflicto evidente entre la «ética institucional» y la «ética asistencial». Desde los comités éticos para la asistencia sanitaria estamos intentando ofrecer nuestra ayuda para minimizarlo y aumentar la calidad asistencial.

Las estructuras sanitarias adolecen de planificación para conseguir esos fines, lo cual condiciona que incluso el sanitario con más voluntad no pueda realizar su trabajo con criterios bioéticos más correctos.

Bibliografía

Kant I. *Crítica de la Razón Pura*. Madrid: Alfaguara; 1989.
González Cajal J. *Manual de Bioética Clínica Práctica*. Madrid: FUDEN; 1998.

2. La autonomía del paciente. Nuestra realidad Soledad Holgado Catalán

Hace ya 10 años que entró en vigor la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente. Sin embargo, ¿ha sido posible aplicar en nuestra práctica clínica estas leyes, que parece que agradan a casi todos? Me temo que no, no al menos en el grado que sería deseable, y en esa dificultad para su implantación han influido varios factores.

El primer punto que me gustaría considerar es ese que ya he enunciado como «que nos gustan a casi todos»: ni todos los médicos están conformes con determinados apartados de la ley ni muchos pacientes entienden que se deje en sus manos el poder de decisión; lejos de valorar el que se considere su opinión como un derecho o incluso un privilegio, lo interpretan como una dejación de la responsabilidad por parte del profesional. Es complicado que una ley pueda cambiar algo tan arraigado en nuestra cultura mediterránea como el paternalismo, pero no creo que esta concepción tenga solo que ver con la edad, ni con la del sanitario ni del paciente, aunque evidentemente sí que es este un factor importante; el tiempo lo dirá. No obstante, no existe un problema apa-

rente cuando tanto sanitario como paciente se guían por el paternalismo; el problema se da cuando hay disparidad entre lo que uno ofrece y el otro pide, y aún más si esta disparidad es llevada a los extremos. Resulta fundamental saber interpretar lo que nos pide el paciente, y en ocasiones esto no es tan fácil. Ni un sanitario debe imponer su opinión sin dejar otra opción a un paciente que podría haber deseado participar en la toma de decisiones, ni debe, amparándose en la defensa de un modelo altamente autonomista, limitarse a ofrecer todo tipo de detalles técnicos a un paciente que reclama ayuda para tomar una decisión y se siente abrumado ante tanta información. Lamentablemente, estos extremos se dan: todos hemos vivido la experiencia del paciente que, tras visitar al especialista, acude con angustia a preguntarnos qué debe hacer porque han dejado en sus manos una decisión con la que no sabe qué hacer.

Pero no es ese el único punto que ha dificultado la implantación de la ley. ¿Cuántos profesionales tanto sanitarios como no sanitarios se han sentado a leer las siete páginas que ocupa la normativa? Probablemente los asistentes a esta mesa sí lo hayan hecho y por eso están aquí, pero hay otros muchos que tienen un conocimiento parcial de la misma, y todavía algunos se sorprenden cuando se les informa de que un paciente de 16 años es «mayor de edad» para la toma de decisiones sanitarias o que un paciente puede solicitar una copia de su historia clínica sin explicar para qué la necesita. ¿Quién o quiénes son los responsables de que una ley de esta importancia no haya calado en los profesionales, los comités de ética, los grupos de trabajo de ética de las distintas comunidades autónomas, del comité nacional, de los grupos de trabajo que abordan temas legales, de nuestros jefes... de nosotros mismos, que nos preocupamos más por formarnos fundamentalmente en temas clínicos? Para finalizar, trataré el último punto, y tal vez el más desalentador. Conocemos la ley, compartimos su filosofía, pero las circunstancias nos obligan a actuar en muchas ocasiones desde el paternalismo. Informar al paciente sobre su proceso, posible tratamiento, alternativas, efectos secundarios y contraindicaciones requiere un tiempo. ¿Cuántos de nosotros al encontrarnos un paciente con una amigdalitis estreptocócica le planteamos cuál será el beneficio de tratarse y qué ocurrirá si no se trata o le preguntamos si prefiere el fármaco A (intramuscular), el fármaco B (2 comprimidos cada 12 horas) o fármaco C (1 comprimido cada 8 horas), al tiempo que le describimos los efectos secundarios de cada uno de ellos y además dejamos reflejado en la historia todo el proceso de información y consentimiento? Sería muy difícil atender 30-50 pacientes al día con este grado de excelencia, y aunque este pueda parecer un caso extremo y ante otras patologías la información que se da al paciente sea mayor, la ley no hace distinción entre el proceso informativo acerca de un catarro de vías altas, de una rectorragia o de una enfermedad neoplásica, con la salvedad de que en algunas situaciones el consentimiento tenga que ser también escrito, un punto que es mejor no tocar aquí porque en este aspecto la realidad sí que dista mucho de lo que debería ser y, dado que este es el final de mi intervención, no querría que se concluyera erróneamente que no se ha avanzado nada.

Bibliografía

- Fernández Garrido C, Lopera Uribe G, Ménez Pérez L, et al. Conocimiento de la ley de Autonomía del paciente por el personal médico y de enfermería implicado en el proceso quirúrgico. *Enferm Clin.* 2009;19:330-4.
- Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: *Bioética para clínicos.* Azucena Couceiro; 1999:109-126.

Seoane JA. La relación clínica en el siglo XXI: cuestiones médicas, éticas y jurídicas. *DS Vol. 16, 2008, XVI Congreso «Derecho y Salud»:*79-86.

DEBATE 3

¿Qué modelo de congreso queremos?

Jueves, 14 de junio / 12.00-13.00 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A1

Moderador:

Albert Planes Magrinyà

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Santa Eugènia de Berga. Barcelona.

Ponentes y contenido:

Miguel Ángel Hernández Rodríguez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnico de Salud. Servicio de Atención Primaria. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud. Presidente de la SoCaMFyC.

Roser Marquet Palomer

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultori de Sant Cebrià de Vallalta. Barcelona.

Nuestros congresos, los congresos de la semFYC, han disminuido en número de asistentes. Múltiples voces ponen en cuestión su pertinencia, la adecuación de sus contenidos, su formato o su financiación. Las dificultades (permisos, económicas, etc.) para asistir a los congresos pueden influir en ello de forma decisiva, pero es hora también de ser autocríticos, de meditar seriamente sobre los cambios que queremos y que debemos aplicar para que los congresos sean útiles.

La mesa partirá de la reflexión interna e institucional que está realizando un grupo de trabajo de la semFYC, pero intentará aportar también otras reflexiones, la visión de otros congresos, de otras modalidades. Y, sobre todo, contará con sus aportaciones: las que ustedes hagan en directo en Bilbao, pero también (o mejor aún...) las que ya hayan hecho con anterioridad.

La mesa está abierta... El futuro de nuestros congresos, también. ¿Se anima a modelarlos...?

Podríamos dar respuesta a algunas cuestiones que parecen relevantes:

- ¿Debemos mantener un gran congreso presencial de médicos de familia?
- ¿Optamos mejor por compartirlo con otros profesionales?
- ¿Optamos mejor por convertirlo en virtual?
- ¿Es conveniente cambiar los contenidos del congreso?
- ¿Es necesario mantener la financiación de la industria?
- ¿Podemos optar por otras vías de financiación?
- En beneficio de nuestra independencia, ¿estamos dispuestos a financiar nuestro congreso?

¿Nos atrevemos a pensar? ¿Nos atrevemos a imaginar...?

DEBATE 4

El reto de la atención a la cronicidad: un diálogo acerca del papel de la Atención Primaria

Jueves, 14 de junio / 13.00-14.00 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A1

Moderador:

Pedro Valdés Larrañaga

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Deusto. Bilbao.

Ponentes y contenido:

Excmo. Sr. D. Rafael Bengoa Rentería

Consejero del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco

Enrique Cimas Hernando

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Contruences. Gijón. Miembro del grupo Respiratorio de la semFYC.

Por todos es conocido que los cambios sociodemográficos en los últimos decenios han conformado una realidad sanitaria nueva: aparición de nuevos procesos, reactivación de otros, modificaciones de la historia natural de las enfermedades, incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas como nuevas epidemias... El envejecimiento poblacional implica inevitablemente el aumento de la morbilidad, y también la coexistencia en una misma persona de varias enfermedades. En las personas de más edad, la comorbilidad es una regla más que una excepción.

Por otra parte, la yatrogenia es el resultante de la intervención sobre una población envejecida y con comorbilidad, a lo que se añade la presión social creciente para la intervención de los sistemas sanitarios sobre los ciudadanos. Existe un peligro creciente en el aumento de efectos adversos producidos por intervenciones médicas y tecnologías diagnósticas y terapéuticas, lo que incluye las farmacéuticas. Así pues, y siguiendo a Barbara Starfield, en un futuro próximo las dos enfermedades más prevalentes no serán ninguna de las patologías crónicas más conocidas (diabetes, insuficiencia cardíaca, EPOC, etc.), sino las nuevas entidades derivadas de dos circunstancias generales: la comorbilidad y la yatrogenia. La expresión en forma de morbilidad, disfuncionalidad y discapacidad resultantes son la manifestación no solo de la suma de las condiciones médicas específicas, sino también de una gran variedad de circunstancias médicas y sociales que interaccionan entre sí. Este fenómeno debería abordarse como un proceso complejo de nueva naturaleza que exigiría por nuestra parte una atención diferente.

Además, las expectativas y exigencias de los ciudadanos también han cambiado. El modelo de relación se ha hecho más horizontal, con los ciudadanos más informados, exigentes y en busca de un marco más participativo, con mejora en las capacidades de elección, exigencia de respeto a la autonomía del paciente, con oferta de información, opinión y lealtad profesional. Igualmente desean estándares de calidad técnica más elevados, cuidados adecuados a sus necesidades y una buena gestión de sus problemas de salud. Nuestro sistema no debe olvidar, asimismo, estrategias adecuadas para hacer frente a los perfiles sanitarios de las crecientes poblaciones inmigrantes, procedentes de diferentes países, lenguas y culturas, con muy distintas expectativas y, en general, de menos recursos.

A pesar de todo ello, nuestro sistema no ha evolucionado paralelamente a la realidad sociosanitaria y sigue organizado al margen de los cambios demográficos y epidemiológicos habidos en los últimos años. En general, se encuentra fragmentado y centrado en un modelo «hospitalocentrista» que, por definición, está orientado prioritariamente a la atención del paciente agudo y a las reagudizaciones de los pacientes crónicos.

Todas estas consideraciones están generando desde hace años movimientos que propugnan la reconfiguración del modelo de atención según otros esquemas. En nuestro me-

dio, la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, dirigida por Rafael Bengoa, viene alertando sobre la inadecuación del sistema ante esta nueva realidad y ha diseñado en esta legislatura una nueva estrategia que, con el título «Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi», se ha publicado en 2010 y está inspirando la transformación del Sistema Sanitario Vasco; ha tenido, además, gran difusión y relevancia en otras comunidades autónomas, donde a menudo ha sido considerada un referente en cuanto al análisis de la situación y el diseño de un plan para adaptarse a ella. Pero si bien los hechos reflejados anteriormente son, por lo general, aceptados, las propuestas de solución se están exponiendo a consideraciones críticas, algunas también desde el primer nivel de atención.

En primer lugar, existe preocupación por algunas experiencias y cambios organizativos, en algún caso con reflejo en el panorama nacional, basados en análisis y experiencias de otros sistemas de salud. Por ejemplo, las organizaciones sanitarias integradas (OSI) entre hospitales y Atención Primaria, que se sugieren como una solución prometedora en el desarrollo de una integración de los servicios para evitar la fragmentación del sistema, y cuya implementación ya ha sido iniciada en algunas Comarcas Sanitarias del País Vasco. Aunque en general los autores relacionan la integración asistencial con la eficacia y eficiencia de los sistemas sanitarios, existe incertidumbre sobre diferentes puntos, como pueden ser la escala necesaria para lograr una integración eficaz, la enorme complejidad de los ajustes, la metodología de análisis que incluya medidas de resultado, o la validez para su aplicación en nuestro entorno.

Por otra parte, buena parte de los profesionales de Atención Primaria viven algunos cambios que se están produciendo en nuestro país como amenazas, ya que se está conformando la impresión de que el enfoque estratégico en el que se pretende basar la innovación del sistema sanitario se asienta, sobre todo, en el liderazgo de los hospitales, con el riesgo de que los valores predominantes en ese entorno extiendan innecesaria e ineficientemente el intervencionismo y la medicalización fuera de su contexto especializado, facilitado en el caso de las «OSIs» por una relación que en la práctica puede ser más vertical y dominante que integradora.

En este sentido, puede resultar verdaderamente chocante que algunos elementos fundamentales procedentes del arsenal de la Atención Primaria queden fuera de lo que se configura como el eje de la reforma. Sorprenden así algunos mensajes, tal vez reinterpretados desde niveles especializados de forma espuria, como el que afirma que los pacientes crónicos «desaparecen» del sistema una vez que abandonan el hospital. La atención a estos pacientes, muchos de ellos dados de alta por el hospital, ha estado presente siempre de forma amplia y constante en nuestra actividad clínica, y este mensaje no hace sino distanciar a la Atención Primaria de la pretendida integración de servicios. Desconcierta también la creación de figuras de enlace, con competencias en la coordinación de la atención, que son inherentes a las labores, por ejemplo, de los profesionales de enfermería de Atención Primaria.

En resumen, se puede afirmar que tanto en la semFYC como, en general, en el colectivo de médicos de familia, existe la convicción de que la Atención Primaria, por su proximidad al paciente, a su familia y entorno, es el nivel de atención que está en mejores condiciones de comprender y acometer la atención a la cronicidad y la comorbilidad, la complejidad de los cuidados ambulatorios en entornos heterogéneos, la coordinación, continuidad, seguridad, orientación profesional y gestoría de los problemas de salud de los pacientes en todo el sistema sociosanitario, la relación

integradora entre niveles asistenciales y el marco intersectorial, la aproximación intercultural con la población inmigrante, y el trabajo en equipos multidisciplinares con responsabilidades compartidas. Según este razonamiento, sería en Atención Primaria donde debería liderarse la atención al paciente crónico. Los generalistas deberían ser, por tanto, los agentes especializados y capaces de integrar esta visión, los principales elementos de innovación. Pero existe la sospecha de que, en el diseño y desarrollo de un cambio organizativo como el que se está produciendo, el primer nivel de atención está siendo desplazado a una posición secundaria, y a algunos profesionales les preocupa que los efectos de estos cambios puedan ir en sentido contrario al deseado.

Las consideraciones anteriores justifican por qué se ha buscado para este congreso un diálogo entre dos personas destacadas, ambas conocedoras de esta materia, y que desde

diferentes perspectivas pueden ayudarnos a reflexionar y comprender las claves de la reforma del sistema dirigido hacia una atención sanitaria sostenible en el contexto de la cronicidad.

Por un lado, hemos invitado a don Enrique Cimas, médico de familia con más de 20 años de experiencia en Atención Primaria. Trabaja en el centro de salud de Contrueces, Gijón; es miembro del grupo de Respiratorio de la semFYC y fue ponente, con gran éxito, en la mesa sobre el paciente crónico en el pasado Congreso XXXI de la semFYC de Zaragoza.

Por otro lado, tenemos el privilegio de contar con el excelentísimo señor don Rafael Bengoa, consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, que se ha comprometido, más allá de su papel representativo institucional, a estar presente en esta mesa para entablar un diálogo transparente.

Actualizaciones

ACTUALIZACIÓN 1

Actualización en asma y EPOC

Viernes, 15 de junio / 09.30-10.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 0 / Auditorio

Moderador:

José Manuel Martínez Eizaguirre

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
CS de Villabona. Gipuzkoa. Grupo de Respiratorio
de OSATZEN.*

Ponentes y contenido:

1. Asma

María Isabel Irizar Aramburu

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
CS Salud de Idiazabal. Gipuzkoa. Grupo de Respiratorio
de OSATZEN.*

2. EPOC

Enrique Cimas Hernando

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
CS Contruñes. Gijón. GdT de Enfermedades Respiratorias
de la semFYC.*

Resumen

El asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son enfermedades crónicas de alta prevalencia y con una mortalidad creciente en el caso de la EPOC, ya que según la OMS será la tercera causa de mortalidad en el mundo en el año 2030. Aunque son enfermedades crónicas, existen aspectos claramente mejorables en lo que respecta al control y a las pautas de autocuidados. En este sentido, la Atención Primaria constituye el nivel de atención idóneo de ambas patologías ya que posibilita la implementación de estrategias de educación y seguimiento enfocadas a mejorar el control, además de detectar y tratar precozmente las agudizaciones. En los últimos años se han actualizado algunas recomendaciones de las guías en base a nuevos aspectos en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de ambas patologías, que trataremos de valorar críticamente en la presente revisión. Incidiremos en los aspectos más novedosos, como son los fenotipos en la EPOC y sus implicaciones pronósticas y terapéuticas o el papel en Atención Primaria de nuevos fármacos como el roflumilast.

1. Asma

María Isabel Irizar Aramburu

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica y con una prevalencia entre el 1,1 y el 5 % en función de la zona geográfica estudiada del Estado¹. Según los datos de la GINA (Global Initiative for Asthma)², la prevalencia de asma está aumentando en el mundo. En la mayoría de los países europeos también se ha producido en los últimos 15 años un aumento anual del 2 al 4 % en las tasas de prevalencia del asma³. Afortunadamente, las tasas de mortalidad por asma en España han disminuido desde un 9,36/100.000 habitan-

tes al año en 1960 hasta el 2,22/100.000 habitantes al año en 2005⁴. Nos encontramos, por tanto, ante una enfermedad con prevalencia en aumento y mortalidad en descenso en los países desarrollados. Sin embargo, este progresivo incremento en la prevalencia del asma y el hecho de ser una causa de muerte evitable hace que se le deba prestar una especial atención a la mejora en el manejo y control de la enfermedad.

El asma sigue siendo una enfermedad infradiagnosticada en la que es necesario prestar una atención especial a los síntomas y generalizar el uso de las pruebas funcionales respiratorias. Existen nuevas medidas de la inflamación bronquial como el óxido nítrico en el aire espirado (FeNO) o la eosinofilia del esputo, con creciente evidencia de que se relacionan con la inflamación eosinofílica y una buena respuesta a los glucocorticoides inhalados, pero cuyo papel en el diagnóstico del asma es actualmente controvertido.

El tratamiento del asma es escalonado: los glucocorticoides inhalados (GCI) son los fármacos de primera línea, a los que se les pueden añadir otras terapias en función de la gravedad de los síntomas y de la respuesta al tratamiento inicial. Las guías de práctica clínica mantienen la recomendación de introducir un betaadrenérgico de larga duración (BALD) como primera opción de tratamiento añadido^{2,5}. Sin embargo, no hay acuerdo sobre la dosis idónea de GCI a partir de la cual se debería añadir un BALD. Asimismo, en los últimos años, la seguridad de los BALD ha sido objeto de numerosos estudios tras los resultados del estudio SMART⁶, que encontró un aumento de mortalidad por eventos graves respiratorios en los pacientes tratados con salmeterol, y de un metaanálisis de gran tamaño⁷ (19 ensayos clínicos que incluían 33.826 pacientes en tratamiento con salmeterol o formoterol) con resultados coincidentes. Posteriormente, diferentes publicaciones han evaluado el papel de los betaadrenérgicos de larga duración y sus posibles efectos sobre la mortalidad por causa respiratoria en los pacientes con asma. En dos revisiones Cochrane se encontró que, en el tratamiento de pacientes con asma, el uso de salmeterol⁸ y de formoterol⁹ comparado con placebo podía asociarse con un riesgo mayor de sufrir eventos adversos graves no mortales. No obstante, en otras revisiones que compararon la seguridad de las combinaciones de salmeterol¹⁰ y salmeterol o formoterol¹¹ asociados a GCI con los GCI en monoterapia, no se observó un aumento significativo de los efectos adversos graves, aunque los intervalos de confianza fueron demasiado amplios como para dar por buenos los resultados. Diferentes agencias evaluadoras de fármacos como la Food and Drug Administration (FDA) y la Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS) han publicado recomendaciones de uso de los BALD, que se resumen en la contraindicación de utilizarlos sin uso concomitante de GCI, la necesidad de instaurar los BALD con dosis bajas, de hacer un seguimiento posterior para suspenderlos en caso de ausencia de eficacia y de un seguimiento a largo plazo que posibilite bajar al escalón inferior de tratamiento si se consigue un control prolongado.

Aunque disponemos de fármacos muy eficaces para el tratamiento del asma, los estudios muestran un grado muy insuficiente de control del asma en función de los criterios definidos en las actuales guías. Según el estudio AIRE¹², realizado en diferentes países europeos, un elevado porcentaje de pacientes tenían síntomas de asma en el mes previo (en el 46 % diurnos y en el 30 % nocturnos > 1 vez por semana). Durante el año previo, el 35 % de los pacientes habían acudido a su médico por empeoramiento del asma, el 10 % a Urgencias hospitalarias y el 7 % habían sido ingresados por asma. Es de destacar que la percepción del paciente so-

bre su grado de control de la enfermedad no se relacionó con la gravedad de los síntomas (la mitad de los pacientes que informaban de síntomas de asma opinaban que su enfermedad estaba bien controlada). En el día mundial del asma del año 2010, la GINA se planteó como objetivo en todo el mundo disminuir en un 50 % los ingresos por asma para el año 2015, ya que los episodios que requieren hospitalización son graves, implican riesgo de fallecimiento y provocan un gran impacto en el paciente. En este aspecto, en los últimos años se han estudiado diferentes estrategias para valorar el control del asma y guiar el tratamiento farmacológico. Se han desarrollado algunos cuestionarios que valoran cuantitativamente el grado de control del asma y se han propuesto diferentes formas de medir la inflamación bronquial, como la medición de la fracción de óxido nítrico en el aire espirado (FeNO) o el recuento de eosinófilos en el esputo inducido. Se debe evaluar si estas medidas aportan algún valor añadido a los criterios actuales de seguimiento (basados en una valoración clínica y funcional) en el sentido de predecir exacerbaciones y, consecuentemente, de guiar el manejo terapéutico. Respecto al FeNO, es conocido que aumenta durante las exacerbaciones, pero se desconoce su valor como predictor de las mismas. Hay resultados contradictorios en lo referente a guiar el tratamiento. Una revisión Cochrane no ha hallado evidencia de que la utilización del FeNO mejore el control comparado con la evaluación de síntomas¹⁵. El recuento de eosinófilos en el esputo ha demostrado ser más sensible que el FeNO para predecir el deterioro de la enfermedad. Una revisión Cochrane encontró mejoría significativa en el número y gravedad de las crisis en los pacientes controlados por medio de la eosinofilia del esputo con respecto al control con síntomas (con o sin espirometría) con una dosis media de utilización de corticoides inhalados similar en ambos grupos. Se han desarrollado sencillos cuestionarios para valorar el control del asma, como el ACT (Asthma control test) de 5 ítems¹⁵, validado en español, y se ha estudiado su relación con los niveles de gravedad de la GINA y con la función pulmonar, pero hacen falta más estudios para determinar su utilidad como sustituto de la evaluación según la práctica habitual. En resumen, tenemos un método sencillo, el FeNO, que no se ha mostrado superior al uso de los síntomas para el seguimiento del asma, y otro, el esputo inducido, que podría ser de utilidad, pero que resulta demasiado sofisticado para nuestro medio. Los cuestionarios de control del asma son sencillos y tienen la ventaja de que se pueden rellenar informáticamente, pero su utilidad en el ajuste del tratamiento del asma no se ha estudiado.

Referencias bibliográficas

- Grupo Español del Estudio Europeo del Asma. Estudio Europeo del Asma. Prevalencia de síntomas relacionados con el asma de cinco áreas españolas. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:487-492.
- Global Initiative for Asthma (GINA). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. 2010.
- Braman SS. The global burden of asthma. *Chest*. 2006;130:4S-12S.
- Sánchez-Bahillo M, García-Marcos L, Pérez-Fernández V, Martínez-Torres AE, Sánchez-Solís M. Trends in asthma mortality in Spain from 1960 to 2005. *Arch Bronconeumol*. 2009 Mar;45(3):123-8. Epub 2009 Feb 14.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *British Guideline on the management of asthma*. 2008 (Updated May 2011).
- Nelson HS, Weioss ST, Bleecker BR, et al. SMART Study Group. The salmeterol multicenter asthma research trial: a comparison of usual pharmacotherapy for asthma or usual pharmacotherapy plus salmeterol. *Chest*. 2006;129:15-26.
- Salpeter SR, Buckley NS, Ormiston TM, et al. Meta-analysis: effect of long-acting β -agonists on severe asthma exacerbations and asthma-related deaths. *Ann Intern Med*. 2006;144:904-1.
- Cates CJ, Lasserson TJ, Jaeschke R. Regular treatment with salmeterol for chronic asthma: serious adverse events. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jul 8;(3).
- Cates CJ, Lasserson TJ. Regular treatment with formoterol for chronic asthma: serious adverse events. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Oct 7;(4).
- Cates CJ, Lasserson TJ, Jaeschke R. Regular treatment with salmeterol and inhaled steroids for chronic asthma: serious adverse events. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3.
- Cates CJ, Lasserson TJ. Regular treatment with formoterol and an inhaled corticosteroid versus regular treatment with salmeterol and an inhaled corticosteroid for chronic asthma: serious adverse events. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010.
- Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, Maier WC. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. *Eur Respir J*. 2000 Nov;16(5):802-7.
- Petsky HL, Cates CJ, Li A, Kynaston JA, Turner C, Chang AB. Intervenciones individualizadas con óxido nítrico expirado versus síntomas clínicos para el asma en niños y adultos. (Revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus*, 2009; número 4.
- Petsky HL, Kynaston JA, Turner C, Li AM, Cates CJ, Lasserson TJ, Chang AB. Intervenciones específicas basadas en el recuento de eosinófilos en el esputo versus síntomas clínicos para el asma en niños y adultos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008; número 2.
- Nathan RA, Sorkness CA, Kosinski M, Schatz M, Li JT, Marcus P, Murray JJ, Pendergraft TB. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control. *J Allergy Clin Immunol*. 2004 Jan;113(1):59-65.

2. EPOC

Enrique Cimas Hernando

A pesar de ser una de las enfermedades crónicas más prevalentes y de mayor mortalidad, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) estaba poco menos que abandonada en cuanto a la investigación; sus pobres resultados en el tratamiento y la dificultad de su manejo la hacían poco atractiva para los profesionales.

Todo esto cambió hace unos pocos años. Diferentes grupos de investigadores plantearon ideas novedosas sobre la enfermedad, lo que junto con la aparición de nuevos tratamientos más eficaces y una mejor comprensión de su fisiopatología ha disparado el interés acerca de la EPOC.

El último año ha traído importantes novedades y, como veremos, un cambio casi radical en el planteamiento terapéutico de la enfermedad, todo ello no exento de polémica.

En cuanto a las novedades del tratamiento, aunque ya se sabía que los beta-bloqueadores cardioselectivos no empeoran la EPOC, recientes publicaciones van un paso más allá al mostrar que los pacientes con EPOC a los que se les administran estos medicamentos no solo no empeoran, sino que además se reduce en ellos la mortalidad y el número de exacerbaciones¹.

Otra novedad es un nuevo anticolinérgico inhalado que verá la luz este mismo año².

Aunque ya era conocida la propuesta, un nuevo artículo ha dado impulso a la idea de usar macrólidos de forma periódica para la prevención de las exacerbaciones, aunque el riesgo de aumentar las resistencias bacterianas podría limitar su utilidad³.

Pero la mayor sorpresa de los últimos tiempos en el manejo de la EPOC ha venido de la mano de la última revisión de la guía GOLD⁴, que rompe con la clasificación anterior, basada en la afectación del VEMS, para hacerse multidimensional, es decir, para clasificar a los pacientes se sirve de la función pulmonar, el número de exacerbaciones y la cantidad de síntomas. Se construye de esa forma una tabla de cuatro cuadrantes, cada uno de ellos con un riesgo de mortalidad diferente. Esto supone que para clasificar al paciente ahora habrá que usar obligatoriamente una escala de síntomas, bien la escala de disnea del British Medical Council, bien el cuestionario CAT (COPD Assessment Test), y que además será preciso saber el número de exacerbaciones en el último año y la función pulmonar. A partir de ahí, GOLD propone un tratamiento para cada categoría en función del riesgo. Sin embargo, este planteamiento es controvertido. Recientemente se ha publicado la Guía española para el manejo de la EPOC (GesEPOC), que hace un planteamiento totalmente diferente, pues obvia la gravedad de la enfermedad y dirige el tratamiento según el fenotipo del paciente. Aunque a priori no son planteamientos incompatibles, el problema se produce cuando, al aplicar a un mismo paciente una u otra alternativa, vemos que el tratamiento propuesto es diferente. Es posible que solo los nuevos trabajos futuros nos den la respuesta de cuál de los dos planteamientos es más acertado.

Referencias bibliográficas

1. Short PM, Lipworth SIW, Elder D, Schembri S, Lipworth BJ. Effect of beta blockers in treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a retrospective cohort study. *BMJ*. 2011;342:d2549. doi:10.1136/bmj.d2549.
2. Efficacy and safety of once-daily aclidinium in chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Res*. 2011;12:55.
3. Albert RK, Connett J, Bailey WC, et al. Azithromycin for prevention of exacerbations of COPD. *N Engl J Med*. 2011;365:689-698.
4. Jones PW, Rennard SI, Agusti A, Chanez P, Magnussen H, Fabbri L et al. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2011. Disponible en: <http://www.goldcopd.org>

ACTUALIZACIÓN 2

Novedades en la gestión de incapacidad temporal

Viernes, 15 de junio / 10.30-11.30 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 0 / Auditorio

Moderadora:

Guadalupe Olivera Cañadas

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Derecho Sanitario. Miembro del grupo «Lex Artis» de SoMaMFYC. Técnico de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad. Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

Ponente:

Gestión clínica de la incapacidad temporal:
Nuevo procedimiento de tramitación de la incapacidad temporal con criterios clínicos

Luis Gabilondo Pujol

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Director del Servicio de Investigación, Innovación y Formación Sanitaria del Departamento de Salud. Gobierno de Navarra.

Introducción

Novedades en la gestión de la incapacidad temporal

La incapacidad temporal (IT) es, junto con las pensiones, una de las principales prestaciones del Sistema Nacional de Seguridad Social y uno de los logros más relevantes de la sociedad «del bienestar». Siempre ha sido considerada un recurso valioso, a la par que costoso, en cuya gestión intervinimos de forma decisiva los médicos de familia (MF). Por ello, tenemos la responsabilidad de gestionar esta prestación de manera adecuada.

La emisión de una baja, una parte de confirmación o alta constituye un acto clínico y, como tal, exige del profesional un nivel de conocimientos y la dedicación de un tiempo suficiente, como reclaman los MF para lograr una gestión más eficiente. Por un lado, el conocimiento para llevar a cabo el control de la IT trasciende lo meramente clínico, por lo que se ha demandado una mayor formación de los profesionales, así como una mayor colaboración de todas las partes implicadas en el proceso (inspección, mutuas, empresas, seguridad social...). Por otro lado, la rígida normativa vigente que regula el proceso de IT no permite al facultativo gestionarlo de acuerdo con criterios de eficiencia, fundamentados en las necesidades médicas del paciente, sino que se le imponen criterios meramente administrativos. Esto hace que el proceso sea percibido por los médicos, en muchas ocasiones, como un acto puramente burocrático y sin valor añadido. La propia semFYC se ha pronunciado públicamente en este sentido en el documento: «Propuestas para la mejora de la gestión de la incapacidad temporal», elaborado conjuntamente por médicos de familia que trabajan en la asistencia y profesionales pertenecientes a mutuas profesionales y al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). En los cuatro últimos años, para ayudar al profesional de Atención Primaria en su práctica habitual en este campo se han editado dos libros sobre IT, realizados por MF en colaboración con inspectores sanitarios, médicos de la Seguridad Social y de las mutuas de accidentes de trabajo. Sin embargo, queda todavía camino por recorrer para hacer más eficiente la consulta de seguimiento de la baja médica, en cuanto a los partes de confirmación, cuando el proceso asociado a la misma no requiere de un seguimiento estricto semanal desde el punto de vista clínico.

En este tema se han producido diversas iniciativas; los propios médicos de familia, con el apoyo de las unidades administrativas, han creado circuitos internos en algunos centros de salud para facilitar a los pacientes la recogida de los partes de confirmación en determinados procesos.

Otras iniciativas de mayor calado provienen de las comunidades autónomas en colaboración con el Instituto Nacional de la Seguridad Social y quedan enmarcadas en estrategias que pretenden conseguir la desburocratización de la consulta del médico de familia, como ha ocurrido con la estrategia IT 21, iniciada en 2008, de la Comunidad Autónoma de Andalucía, que se ha pilotado en 23 centros de salud y con 70 patologías, a las que se les ha aplicado la duración estándar establecida por el Ministerio de Trabajo para evitar que el paciente tenga que desplazarse de manera innecesaria a buscar los partes de confirmación, que se le entregan de manera acumulativa, lo que, al mismo tiempo, evita que el profesional deba dedicar tiempo de su consulta a este trámite burocrático.

Otras iniciativas para recuperar el sentido clínico de la prestación y disminuir la burocratización en las consultas de Atención Primaria provienen de la Comunidad Foral de Navarra, donde desde 2008 se está trabajando en un proyecto

de gestión de la incapacidad temporal que ha implicado, entre otros, la no emisión de partes de confirmación de forma semanal y el establecimiento de una serie de plazos para realizar las revisiones de los diferentes diagnósticos. Estos plazos de revisión de los distintos procesos se establecieron para aproximadamente unos 600 casos que representaban más del 90 % de toda la IT, y en cada uno de ellos se tuvo en cuenta la duración mediana de dicho proceso (calculada en función de la distribución de duración del mismo en los últimos 10 años) como duración estándar. Todo esto ha sido integrado a través de una herramienta informática que ayuda al médico de familia a la hora de decidir cuándo debe hacer las revisiones al paciente, que no necesariamente deben ser semanales. Es decir, se liga el parte de baja a la práctica clínica, en vez de al formato burocrático. En esta mesa se van a presentar los resultados obtenidos en el proyecto piloto realizado en la Comunidad Navarra.

Gestión clínica de la incapacidad temporal: Nuevo procedimiento de tramitación de la incapacidad temporal con criterios clínicos Luis Gabilondo Pujol

La incapacidad temporal (IT) por contingencias comunes es un problema de salud pública con enormes repercusiones económicas y que supone una importante carga asistencial ya que exige la emisión de un parte semanal con independencia de la duración del proceso por el que se concede la baja. La burocratización del control de la IT tiene gran trascendencia, ya que desvirtúa la función primitiva de la baja laboral como parte de tratamiento integral del paciente y pone más el acento en el trámite administrativo que en el necesario control clínico del proceso. Su tramitación sistemática por las áreas de admisión no elimina los desplazamientos innecesarios del paciente ni reduce la carga burocrática, simplemente la traslada del médico al personal administrativo. Presentamos un nuevo procedimiento de gestión con criterios clínicos de la incapacidad temporal que se ha pilotado en cinco equipos de Atención Primaria (EAP), en Ansoain, Ermitagaña, Tafalla, Tudela Oeste y Villava, y que ya ha comenzado a extenderse de manera progresiva al resto de los centros de Navarra.

Nuevo procedimiento y aplicación informática

Entre otras, el nuevo procedimiento incorpora las siguientes novedades:

- Los pacientes de baja acuden al centro de salud únicamente cuando el médico considera necesaria una revisión médica. Ya no son precisos los partes de confirmación semanales, lo que evita trámites y desplazamientos innecesarios.
- Solo se emite un parte de confirmación por cada revisión médica.
- La periodicidad de las revisiones médicas varía en función de la duración estándar de cada diagnóstico clínico, y puede llegar a ser de hasta 60 días.
- Según el diagnóstico clínico, la aplicación de historia clínica informatizada indica de la duración probable del proceso (mediana, percentiles 25 %, y 75 %) calculada en función de los datos observados en Navarra en los últimos 10 años.
- Igualmente, la aplicación informática propone una «fecha de la próxima revisión» que puede ser modificada por el facultativo hasta un tope, teniendo en cuenta las circunstancias laborales y clínicas del paciente (gravedad, procesos concurrentes, etc.).

- En el parte de confirmación debe figurar obligatoriamente la duración probable del proceso y la fecha de la cita para la próxima revisión médica.
 - El cumplimiento de las citas por baja laboral es rigurosamente controlado por la propia aplicación, que identifica las citas de revisión asociadas a incapacidad temporal.
 - La duración total de la baja sigue siendo decidida libremente por el facultativo, si bien la aplicación emite una alarma cuando dicha duración supera el percentil 75 % del diagnóstico correspondiente.
 - En la nueva aplicación ya no es necesario ni posible sacar lotes de partes de confirmación en el área de admisión (todas las visitas del paciente han de tener justificación clínica).
- Como requisitos previos para el adecuado funcionamiento del nuevo procedimiento destacamos:
- Los centros piloto deben garantizar una cita en el día a todo paciente que solicite atención por un proceso que requiera baja laboral.
 - Todos los pacientes en situación de baja laboral tienen que salir siempre del centro con una cita con fecha y hora para la próxima revisión.
 - El nuevo procedimiento de IT implica la utilización de un nuevo modelo de formulario de impreso que en su anverso identifica claramente que se trata de un procedimiento extraordinario y en su reverso incorpora información explicativa sobre el nuevo procedimiento para pacientes y empresas.

Resultados

La evaluación del proyecto piloto se centra en el análisis pre-post (2011 frente a 2010) en las zonas piloto frente al resto de zonas de Navarra. (Nota: las variaciones que se observan en el número de bajas no guarda relación con el nuevo procedimiento.)

	N.º de Bajas con Alta			N.º de Días de IT		
	2010	2011	%	2010	2011	%
Zonas piloto	11.869	11.410	-4 %	230.879	210.881	-9 %
Otras zonas	98.562	96.266	-2 %	1.956.180	1.932.508	-1 %
Total	110.431	107.676	-2 %	2.187.059	2.143.389	-2 %

	Media		Mediana		Percentil 75	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Zonas piloto	19,5	18,5	5,0	4,0	16,0	14,0
Otras zonas	19,9	20,1	5,0	5,0	17,0	17,0
Total	19,8	19,9	5,0	5,0	17,0	16,0

Se constata una reducción de la duración global en el conjunto de los centros piloto, en tanto que no se observan variaciones en el resto de las zonas. En el conjunto de los centros piloto se observa que:

- El número de días de IT se ha reducido casi un 10 %.
- La duración media de las bajas se ha reducido de 19,5 a 18,5 días con respecto al año 2010 y es 1,6 días inferior a la observada en el conjunto de Navarra.
- La mediana baja de 5 a 4 días y es 1 día inferior a la del resto de Navarra.
- El percentil 75 pasa de 16 a 14 días y es 3 días menor en el conjunto de las zonas piloto respecto al resto de las zonas de Navarra.

- El percentil 25 se mantiene estable en 2 días y es semejante al del resto de Navarra.
- El impacto es muy positivo en los procesos de corta duración: en los de media duración el comportamiento no es tan uniforme, mientras que en los procesos de más larga duración estudiados se observa un cierto incremento de la duración media. El impacto está muy relacionado con los límites máximos establecidos en la periodicidad de las revisiones.

En las zonas piloto se observa una reducción de la variabilidad de la duración en 14 de los 15 grupos diagnósticos estudiados.

La reducción del número de desplazamientos que ha de realizar el paciente al centro de salud alcanza el 43 %. En los procesos de más larga duración esta reducción puede llegar a ser cercana al 60 %.

Duración de la IT	% Desplazamientos evitados
1-4 días	-36 %
5-10 días	-43 %
11-30 días	-37 %
31-90 días	-53 %
91-180 días	-59 %
> 180 días	-58 %
Total general	-43 %

Encuesta de satisfacción a pacientes con IT

Se ha encuestado a 1.452 usuarios, de los 5 centros de salud, que han gestionado su baja con el nuevo procedimiento, y la valoración del nuevo procedimiento para la tramitación de la baja laboral es de 7,8 puntos en una escala del 1 al 10

- Los pacientes con bajas de larga duración son los que se sienten más satisfechos.
- El aspecto más valorado es: «No tener que acudir con tanta frecuencia al centro médico».
- El 84 % de los encuestados opina que la duración total de su baja ha sido la adecuada. Un 15 % opina que debería haber durado más.

Encuesta de satisfacción a los profesionales

Se ha encuestado a todos los médicos y administrativos de los cinco centros de salud que han gestionado las bajas con el nuevo procedimiento y la valoración es positiva en ambos grupos.

	Médicos	Admtvos.
Puntuación global (De 1 a 10)	7,8	8,3

- Los aspectos más valorados son: el alta y baja en un mismo acto, la supresión de los partes cada siete días y el hecho de que no exista límite de duración global.
- Los ítems peor valorados son: la necesidad de concretar la duración probable y los límites máximos establecidos hasta la siguiente revisión en determinados procesos.

Foro de investigación

Resultados de investigación innovadores en Atención Primaria

Jueves, 14 de junio / 12.00-14.00 h
Palacio de Congresos y de la Música - Euskalduna Jauregia.
Planta 0 / Sala E

Moderador:

José María Aiarzagüena Sarriguarte
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Ignacio. Bilbao. Osakidetza.

Ponentes y contenido

1. Efectividad del ejercicio supervisado para pacientes coronarios en Atención Primaria (ESCAP):

Un ensayo clínico aleatorio

Verónica Arce Arana

Enfermera. Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia

2. Los médicos de familia que utilizan técnicas antigénicas rápidas prescriben de forma más racional antibióticos en la faringoamigdalitis

Carles Llor Vilà

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. GdT de Enfermedades Infecciosas de la semFYC.

3. Eficacia comparativa de dos intervenciones del médico de familia para el abandono del consumo crónico de benzodiazepinas

Caterina Vicens Caldentey

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Son Serra-La Vileta. Palma de Mallorca. Grupo Salud Mental Baleares de la rediAPP

4. Efectividad de un programa integral educativo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Mònica Monteagudo Zaragoza

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Área científica IDIAP Jordi Gol.

1. Efectividad del ejercicio supervisado para pacientes coronarios en Atención Primaria (ESCAP):

Un ensayo clínico aleatorio

Arce Arana V, Ortega Sánchez-Pinilla R, García Ortiz Luis, Torcal Laguna J, Echevarria Villega P, Gonzalo Graudes O, et al. en representación del Grupo ESCAP.

Justificación y pertinencia del estudio

Los programas especializados de rehabilitación cardíaca han mostrado su capacidad para reducir la mortalidad de los pacientes que han sufrido un episodio de cardiopatía isquémica. Consecuentemente, la Sociedad española de cardiología (SEC) recomienda que la prevención secundaria y la rehabilitación cardíaca del paciente de bajo riesgo se hagan en Atención Primaria. Asimismo, la guía de prevención cardiovascular del PAPPs hace mención a este tipo de programas en la intervención de ejercicio que propone para los pacientes, pero no puede establecer una recomendación firme por no haberse

demostrado aún que un programa de ejercicio supervisado obtenga mejores resultados que caminar sin supervisión, ya que hasta ahora no se ha estimado la efectividad de estas intervenciones en el ámbito de Atención Primaria.

Aportación del estudio al grado de evidencia disponible

Este ensayo clínico ha demostrado que el beneficio cardiovascular obtenido con esta nueva intervención de ejercicio supervisado para los pacientes coronarios de bajo riesgo en Atención Primaria es superior a los cuidados estandarizados de prevención secundaria, que no incluyen el ejercicio físico supervisado. Por otro lado, demuestra que es totalmente factible realizar un programa de ejercicio supervisado en Atención Primaria para pacientes cardiopatas de bajo riesgo. El ESCAP contiene, como elemento innovador, un programa de ejercicio supervisado para pacientes con cardiopatía isquémica de riesgo bajo que puede resultar: a) más efectivo que el ejercicio no supervisado al poder asegurar que el paciente alcanza una intensidad de esfuerzo que proporciona los máximos beneficios y que puede ser ajustado de día en día a sus características y progreso; b) igual de seguro que el ejercicio de la rehabilitación cardíaca hospitalaria al contar con medios y personal para controlar la intensidad del esfuerzo del paciente y atender sus eventuales complicaciones; c) más eficiente para el paciente, en términos de tiempo disponible, que el ejercicio no supervisado al poder conseguir mayores beneficios con menos tiempo de dedicación al ejercicio; d) susceptible de ser integrado en la actividad regular y cotidiana de los centros de salud/consultorios locales, cualquiera que sea su distancia a los hospitales de referencia; e) de coste bajo al precisar únicamente de una sala, una bicicleta ergométrica y un pulsómetro; f) muy aceptable por parte de los pacientes al sentirse vigilados y dirigidos y apreciar los beneficios no solo de una forma subjetiva, sino también objetiva (aumento de los vaticos que desarrollan de potencia y gráficas de la frecuencia cardíaca durante las sesiones); g) de mayor cumplimiento que el ejercicio supervisado al tener que acudir el paciente a una cita concreta con el personal sanitario que atiende su enfermedad.

Impacto de los resultados sobre la práctica actual

La enfermedad coronaria es una causa importante de mortalidad y morbilidad. En 2008, el 35 % de las muertes por enfermedades cardiovasculares en España fueron debidas a enfermedad isquémica del corazón, lo que supuso una tasa de mortalidad de 97,9 por 100.000 habitantes. Las personas con enfermedad coronaria deberían asistir a programas de rehabilitación cardíaca pero, por desgracia, esto solo es posible para un 3 % de los pacientes. Por esta razón, la mayoría de los centros de salud locales prescriben a los pacientes coronarios caminar regularmente como parte del tratamiento, siguiendo las recomendaciones de la Guía de Prevención Cardiovascular del PAPPs.

Está demostrado que el entrenamiento físico en pacientes coronarios: a) aumenta la capacidad funcional y el consumo máximo de oxígeno (VO₂ máx.) tras tres meses de entrenamiento físico entre el 10 y el 60 %, con un promedio de alrededor del 20 %; b) produce incrementos importantes de la tolerancia al esfuerzo en pacientes con angina, pudiendo hacer que desaparezca en ellos el dolor anginoso; c) aumenta la perfusión miocárdica; d) produce reducciones significativas del colesterol total, colesterol LDL y triglicéridos y un aumento del colesterol HDL; e) puede contribuir al control de la presión arterial, aunque el control óptimo se suele conseguir con la terapia farmacológica. Pero, para alcanzar estos resultados, se necesitan unas condiciones del ejercicio que difícilmente satisface el hecho de caminar sin supervisión.

Solo el 3 % de los pacientes se benefician de la rehabilitación cardíaca, y dado que está demostrado que un programa de ejercicio supervisado desde Atención Primaria es factible y beneficioso, dicho programa debería estar al alcance de gran parte de los restantes pacientes.

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con enfermedad coronaria deberían asistir a programas de rehabilitación cardíaca, ya que con el ejercicio se mejora la capacidad funcional, que está inversamente ligada a las causas de morbimortalidad. En nuestro medio, por desgracia, esto no es posible y la mayoría de los pacientes suelen recibir de su médico la recomendación de caminar. Considerando que el aumento de la capacidad funcional depende más de la intensidad que de la duración del ejercicio, estos pacientes se beneficiarían más recibiendo un programa de ejercicio supervisado en el centro de salud que yendo a caminar, ya que andando nunca se alcanza la intensidad suficiente para obtener beneficios cardiovasculares.

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad del ESCAP, que añade un programa de ejercicio supervisado en el centro de salud, respecto a los cuidados estandarizados propuestos para pacientes con cardiopatía isquémica en Atención Primaria por la Guía de Prevención Cardiovascular del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de la semFYC, en términos de aumento en la capacidad funcional cardiorespiratoria, mejora del control de los factores de riesgo y disminución del riesgo estimado de nuevos eventos coronarios, e incremento en la calidad de vida relacionada con la salud.

MÉTODOS: Ensayo clínico pragmático, controlado y aleatorizado que se llevó a cabo entre febrero de 2005 y junio de 2010 en ocho centros de salud. Se eligieron para el estudio todos los casos incidentes de infarto de miocardio, *bypass* con injerto de arterias coronarias, angioplastia coronaria transluminal percutánea, angor pectoris estable o arteriopatía coronaria definida por angiografía a pacientes de menos de 80 años y de riesgo bajo.

Los pacientes se asignaron a dos grupos paralelos: grupo ESCAP y grupo de cuidados estandarizados según la Guía de Prevención Cardiovascular del PAPPs. Ambos grupos recibieron un conjunto de elementos comunes estandarizados de prevención secundaria de cardiopatía isquémica. El grupo de cuidados habituales recibió además un consejo estandarizado para caminar, mientras que el grupo ESCAP realizó en su lugar un programa de ejercicio supervisado en el centro de salud. Todos los participantes fueron objeto de seguimiento durante 24 semanas. La variable principal de resultado fue la capacidad funcional cardiorespiratoria operativizada como el consumo submáximo de oxígeno (VO₂ submáximo; 85 % de la FC máxima teórica o la FC máxima limitada por los síntomas). Se llevó a cabo antes y después de la intervención, de forma ciega, en los servicios de Cardiología de referencia, mediante protocolo de Bruce en tapiz rodante o cinta sin fin. Se midieron posibles variables de control por su posible efecto confusor y predictor como el sexo, la edad, la clase social y el nivel de estudios, los problemas de salud activos en el último año y los hábitos de salud referidos al consumo de tabaco y la práctica de ejercicio físico.

Todos los análisis se realizaron por intención de tratar. Se calculó la mejoría observada para cada sujeto entre la medición basal y la de las 25 semanas y se compararon el grupo ESCAP y el de cuidados habituales, ajustando por los niveles de entrada en estudio mediante análisis de la covarianza. **RESULTADOS:** De los 128 pacientes con enfermedad coronaria aguda identificados, 115 eran elegibles (de riesgo bajo) y de estos se aleatorizaron 97 (84 %): 46 al grupo ESCAP y 51 al grupo control. Treinta (63,8 %) y 44 (86,2 %) pacientes

terminaron el estudio en el grupo ESCAP y control, respectivamente. Cinco hombres y tres mujeres del grupo ESCAP fueron retirados del estudio por su médico debido a problemas de salud y efectos adversos del ejercicio. Se desconocen las causas de abandono de ocho hombres del grupo ESCAP y cuatro hombres y tres mujeres del grupo control. Los 44 pacientes del grupo control que terminaron el estudio anduvieron una media de 55,7 ± 17,3 minutos/sesión, con una frecuencia cardíaca máxima de 111,2 ± 18,5 latidos por minuto, significativamente mayor que los del grupo ESCAP (99,2 ± 15,0 lpm). La media de frecuencia cardíaca en los 30 minutos de ejercicio del grupo ESCAP (99,9 ± 15,3 lpm) fue significativamente mayor que la del grupo control en sus caminatas (91,2 ± 11,5) y solo en los pacientes del grupo ESCAP esta media fue un 50 % mayor que la frecuencia cardíaca de reserva. La variable principal de resultado, VO₂ submáximo, se analizó teniendo en cuenta todos los pacientes incluidos y solo aquellos que finalizaron el programa. El VO₂ submáximo aumenta significativamente en el grupo ESCAP tanto si finalizaron el programa (5,56 ml/kg/min; 95 % CI, 3,38 a 7,74) como todos los incluidos (3,47 ml/kg/min; 95 % CI, 1,76 a 5,18). El grupo control se analiza de la misma manera y se observan incrementos no significativos (1,64 ml/kg/min; 95 % CI, -0,15 a 3,45; y 1,54 ml/kg/min; 95 % CI, -0,06 a 3,19; respectivamente). Entre el grupo ESCAP y el grupo control se producen diferencias significativas a favor del grupo ESCAP tanto si tenemos en cuenta para el análisis solo los que terminaron el programa (4,30 ml/kg/min; 95 % CI 1,82 a 6,79) como todos los incluidos en el estudio (2,83 ml/kg/min; 95 % CI, 0,61 a 5,06).

CONCLUSIONES: Un programa de ejercicio en cicloergómetros supervisado desde Atención Primaria, siguiendo un protocolo de trabajo progresivo durante 6 meses, mejora la capacidad funcional de pacientes con enfermedad coronaria de bajo riesgo en un 8 % si lo comparamos con una prescripción de caminar sin supervisión. Permite que los pacientes reciban un entrenamiento seguro y controlado en la cantidad e intensidad del ejercicio para obtener beneficios cardiovasculares. Otro dato positivo es la facilidad para implementar programas de entrenamiento en los centros de salud; únicamente se necesitan un cicloergómetro, un pulsómetro y un profesional que supervise el ejercicio.

El artículo de este estudio «Supervised exercise for acute coronary patients in primary care: a randomized trial» está en revisión en la revista *Annals of Family Medicine*

2. Eficacia comparativa de dos intervenciones del médico de familia para el abandono del consumo crónico de benzodiacepinas

Caterina Vicens Caldentey

El consumo prolongado de benzodiacepinas en nuestro entorno es excesivo en relación con sus recomendaciones de prescripción. El médico de familia es el principal prescriptor.

Impacto de los resultados sobre la práctica actual

Ambas intervenciones son muy similares en cuanto al contenido, aunque difieren en la necesidad de recursos. En el contexto de Atención Primaria, dada la escasez de tiempo en consultas y las numerosas visitas diarias, es obligado incluir opciones útiles que demuestren efectividad y factibilidad en nuestro medio real.

La benzodiacepinas son fármacos con eficacia demostrada a corto plazo; sin embargo, su utilización prolongada es disfuncional: pueden producir dependencia, aumentan el riesgo de caídas y fracturas de cadera en ancianos, accidentes de

tráfico y alteraciones de la memoria. Son ampliamente consumidas de forma crónica en contraste con sus recomendaciones de uso. Una intervención mínima ha demostrado reducir el uso de benzodiazepinas en aproximadamente un 18 % y la intervención estructurada (IE) alcanza tasas de abandono de consumo entre el 24 % y el 62 % según los diferentes estudios. Nuestra hipótesis es que una intervención mixta (IM) basada en una entrevista estructurada inicial y apoyada con información escrita de refuerzo, junto con la pauta de reducción gradual de dosis, podría conseguir un beneficio no lejano al de la intervención estructurada con visitas de seguimiento. Este estudio propone determinar la eficacia de la IE e IM para la retirada del consumo crónico de benzodiazepinas comparándolas con la práctica clínica habitual. También busca evaluar si los síntomas de ansiedad o depresión, consumo de alcohol y calidad del sueño empeoran durante o después de la intervención en relación con el grupo control y determinar aquellos factores que se asocian de forma independiente con el éxito de la intervención.

Objetivo

Principal:

Evaluar la efectividad de una intervención educativa estructurada (IE) y de una intervención mínima (IM) realizada por el médico de familia para conseguir el abandono del consumo crónico de benzodiazepinas, comparado con la práctica clínica habitual.

Evaluar la seguridad de las intervenciones en términos de ansiedad, depresión, calidad de sueño y consumo de alcohol.

Secundario:

Identificar los factores (sociodemográficos, relacionados con el consumo de benzodiazepinas, niveles de ansiedad, depresión, calidad de sueño basal y consumo de alcohol) que influyen de manera independiente en la deshabituación a las benzodiazepinas.

Método

Diseño: ensayo clínico controlado aleatorizado por conglomerados multicéntrico con tres ramas. Registro del ensayo: <http://www.controlled-trials.com/>.

Ámbito: entros de Atención Primaria de tres comunidades autónomas. Balears, Catalunya y Comunitat Valenciana.

Sujetos de estudio: pacientes entre 18 y 80 años que consumen una benzodiazepina o un análogo como mínimo durante 6 meses y que no cumplan ninguno de los criterios de exclusión del estudio.

A partir de la base de datos de prescripción de la gerencia de Atención Primaria, cada médico participante recibió un listado aleatorizado con 30 pacientes que cumplieran criterios de inclusión; una vez reclutados 8 pacientes que no presentaran criterios de exclusión, el médico era aleatorizado a una de las tres ramas del estudio: intervención estructurada con visitas de seguimiento (GIE), intervención mínima (GIM) con información y pauta de retirada escrita y sin visitas de seguimiento o grupo control (GC) con práctica clínica habitual.

Criterios de exclusión: pacientes con trastorno depresivo o ansioso grave, trastorno psicótico, trastorno de personalidad grave, o en seguimiento por parte de psiquiatría; pacientes con deterioro cognitivo, enfermedad terminal o patología médica de gravedad; consumidores de drogas ilegales o consumo abusivo de alcohol; incapacidad para firmar consentimiento informado; pacientes institucionalizados; o aquellos que presenten exacerbación de sintomatología ansiosa/depresiva y que su médico considere que la retirada de la benzodiazepina le puede resultar perjudicial en este momento; también quedarán excluidos aquellos pacientes con limitada capacidad de comprensión.

Mediciones: variable dependiente principal: cese del consumo de benzodiazepinas a los 6 y 12 meses. Variables dependientes secundarias: escala de ansiedad y depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD), cuestionario Oviedo de calidad de sueño (COS), escala de dependencia a benzodiazepinas (Severity of Dependence Scale, SDS), consumo de alcohol. Variables independientes: sociodemográficas, de consumo de benzodiazepinas, comorbilidad, medicación concomitante y efectos adversos de la deshabituación.

Resultados: Los tres grupos son homogéneos en cuanto a características basales. La mediana de edad es de 64 (55-72) años, el 72,1 % (324/519) son mujeres, la mediana de duración de consumo de benzodiazepinas es de 53,5 (24-112,5) meses y habían sido prescritas en el 74,4 % (381/512) de los pacientes por sus médicos de familia. El 13,3 % (69/518) de los pacientes presentaban criterios de depresión y el 30,3 % (156/515) de ansiedad según la Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). El 29,6 % (154/520) de los pacientes estaban insatisfechos con su calidad de sueño y el 36,6 % (188/514) presentaba dependencia a benzodiazepinas según la escala Severity of Dependence Scale (SDS).

A los 6 meses, 38,2 % (71/186) de los pacientes del grupo GIE y 44,4 % (71/160) del GIM habían cesado el consumo de benzodiazepinas comparado con 14,1 % (24/170) del GC. En un análisis multinivel ajustado por el efecto *cluster*, el OR para el GIE y GIM fue 3,73 (IC 95 % = 2,12-6,55) y 4,9 (IC 95 % = 2,75-8,69) respectivamente, no hubo efecto *cluster* del médico estadísticamente significativo (Median Odds Ratio = 1,44; $p = 0,1456$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en ansiedad y depresión por grupos de tratamiento ni se incrementó el consumo de alcohol ni la insatisfacción con la calidad del sueño.

En estos momentos estamos finalizando el análisis de los 6 meses y el trabajo de campo de los 12 meses. En junio dispondremos de más información para compartir y exponer en la mesa de investigación del Congreso semFYC Bilbao.

Artículos relacionados con el tema

Vicens C, Fiol F, Socías I. *Utilización y deshabituación a benzodiazepinas*. FMC. 2003; 10 (suppl 4): 39-45

González E, Martínez E, Fiol F, Vicens C, Ramon A, *¿Es útil a largo plazo una intervención para la deshabituación del consumo crónico de benzodiazepinas?* Aten Primaria. 2006; 38 (supl 1):135-71.

Vicens C, Fiol F, Llobera J, Campoamor F, Mateu C, Alegret S, Socías I. *Withdrawal from long-term benzodiazepine use. Randomised trial in family practice*. Br Journal Gen Pract. 2006; 56: 958-963.

Vicens C, Fiol F. *Utilización y deshabituación a benzodiazepinas*. Programa docente de formación acreditada on-line colaboración semFYC-El Médico: «El médico interactivo» 2006-2007

Vicens C., Fiol F. *La deshabituación a las benzodiazepinas*. FMC. 2008; 15(1):40-2.

Vicens C, Fiol. *Abordaje de la deshabituación de Benzodiazepinas en Atención Primaria*. Inf Ter Sist Nac Salud. 2008; 32: 52-57.

Vicens C, Fiol F, González E, Martínez E, Llobera J, Mateu C. *Eficacia a largo plazo de una intervención para la deshabituación del consumo crónico de benzodiazepinas*. Actas Esp Psiquiatr. 2008; 36(5):295-298.

Vicens C, Socías I, Mateu C, Leiva A, Bejarano F, Sempere E, et al. *Comparative efficacy of two primary care interventions to assist withdrawal from long term benzodiazepine use: A protocol for a clustered, randomized clinical trial*. BMC Family Practice. 2011; 12-23. doi:10.1186/1471-2296-12-23.

Vicens C, Álvarez L. *¿Utilizamos adecuadamente las benzodiazepinas?* El comprimido 2011, n.º 21.

3. Los médicos de familia que utilizan técnicas antigénicas rápidas prescriben de forma más racional antibióticos en la faringoamigdalitis
Llor C, Bjerrum L, González López-Valcárcel B, Cots Yago J, Hernández Anadón S, Munck A

OBJETIVOS

Conocer el peso que dan los médicos de familia a los criterios de Centor según si utilizan o no técnicas antigénicas rápidas (TAR).

Material y métodos

Diseño, ámbito de realización y marco o nivel de atención sanitaria, criterios de selección, número de sujetos incluidos, número de sujetos que responden y abandonos, intervenciones (si procede), variables y métodos de evaluación de la respuesta

Estudio de garantía de calidad antes-después (Happy Audit). Los médicos registraron durante 15 días en invierno de 2008 (preintervención [pre]) todos los contactos con faringoamigdalitis. Se consideraron dos niveles de intervención: uno completo (IC), que consistió en un *feedback* con presentación de resultados, talleres y provisión de TAR; y otro, parcial (IP), que realizó lo mismo menos el taller y sin TAR. Se repitió el mismo registro en 2009 (postintervención [post]). Además, se incluyó un grupo control que solo realizó el registro en 2009 (GC). Se efectuó un análisis de regresión logística considerando la prescripción de antibióticos (sí/no) como variable dependiente.

Resultados

Del total de médicos, 210 fueron asignados a IC, 71 a IP y 59 a GC. Se registraron 6.849 faringoamigdalitis (GC 744, IPpre 896, IPpost 767, ICpre 2.307 y ICpost 2.135). La TAR se realizó en 1.088 casos en el ICpost. Se prescribieron antibióticos en 2.547 casos (37,2 %) (GC 52,3 %, IPpre 42,5 %, IPpost 47,8 %, ICpre 41,1 % y ICpost 21,6 %). Las OR de prescripción antibiótica en GC con la presencia de fiebre fue de 10,5; tos 1,6; exudado 38,5, y adenopatías 5,4. Las OR para IPpre fueron 3,7, 0,8, 38,3 y 4,1 respectivamente. Las OR para IPpost fueron 4,9, 0,9, 20,3 y 2,2. Las OR para ICpre fueron 5,5, 0,9, 32,7 y 4,5. Las OR para ICpost que no usaron TAR fueron 4,9, 1, 36,7 y 5,2; y para ICpost que sí usaron TAR, 2,2, 0,7, 2,2 y 1,2, respectivamente.

Conclusión

Los médicos que no utilizan TAR dan muchísimo peso al exudado faringoamigdalario a la hora de prescribir antibióticos en la faringoamigdalitis. En cambio, aquellos que aplican TAR dan un peso razonable y más equitativo a los distintos criterios de Centor.

4. Efectividad de un programa integral educativo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Monteagudo Zaragoza M, Llagostera Español M, Ferro Rivera J, Valero García C, Rodríguez Latre L, Almeda Ortega J

OBJETIVOS

Antecedentes

A pesar de los resultados favorecedores de los programas integrales, no está claro cuál es el enfoque más eficaz para lograr una atención integral óptima de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el ámbito de Atención Primaria (AP).

Objetivos:

Evaluar la efectividad de un programa integral educativo en AP sobre la calidad de vida y el control clínico de pacientes con EPOC.

Material y métodos

Diseño, ámbito de realización y marco o nivel de atención sanitaria, criterios de selección, número de sujetos incluidos, número de sujetos que responden y abandonos, intervenciones (si procede), variables y métodos de evaluación de la respuesta

Estudio prospectivo, multicéntrico, de intervención antes-después, casi experimental, con grupo control y seguimiento a los 12 meses en pacientes con EPOC atendidos en AP de Catalunya durante 2004-2005. La intervención se basó en un programa integral educativo realizado en el contexto de la AP. La variable principal fue el cambio en la puntuación total del cuestionario de calidad de vida de St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) al año de seguimiento. Los datos se analizaron por intención de tratar. El efecto de la intervención al año de seguimiento se valoró a través del cambio (final menos basal) en el grupo intervención menos el cambio en el grupo control.

Resultados

Participaron 21 centros, que incluyeron 801 pacientes (grupo intervención n = 401, grupo control n = 400). No se han observado cambios en la puntuación total del cuestionario (SGRQ) al año de seguimiento. En el grupo intervención aumentó significativamente el registro de analíticas, índice de masa corporal, vacunaciones y consejos dados a los pacientes; además, se produjo mejoría en la dieta, el ejercicio y el hábito tabáquico ($p < 0,001$) y se observó un aumento de exacerbaciones ($p < 0,001$) e ingresos.

Conclusión

La realización de un programa integral dirigido a los pacientes con EPOC en AP, supuso un cambio en la conducta de los profesionales y una mejora en el manejo clínico, aunque no llegó a traducirse en una mejora clínica ni de la calidad de vida de estos pacientes en un plazo de 12 meses.

FORO DE INVESTIGACIÓN - MESA 1

¿Cómo conseguir publicar en revistas de Atención Primaria de impacto?

Jueves, 14 de junio / 09.30-11.30 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.

Planta 0 / Sala E

[🔗 Esta actividad dispondrá de un servicio de traducción simultánea](#)

Moderador y ponente:

Juan Ángel Bellón Saameño

Grupo de Investigación SAMSERAP (redIAPP, RETIC-ISCIII).

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Universidad de Málaga. Vocal de Investigación de la semFYC.

Ponentes y contenido:

1. La visión de la revista Atención Primaria

Amando Martín Zurro

Editor de la revista *Atención Primaria*.

Presidente del Organismo de Coordinación del PAPPS

2. Cómo publicar en revistas médicas especializadas

Domhnall MacAuley

Editor de Atención Primaria del British Medical Journal.

3. Cómo conseguir publicar en revistas de impacto: la visión del médico de familia

Juan Ángel Bellón Saameño

Grupo de Investigación SAMSERAP (redIAPP, RETIC-ISCIII).

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Universidad de Málaga. Vocal de Investigación de la semFYC.

Resumen

Resulta relativamente fácil publicar comunicaciones en los congresos (unos más que otros); sin embargo, la gran mayoría de estas comunicaciones acabarán su vida científica en el congreso. Algunos médicos intentarán publicar su trabajo en revistas científicas con factor de impacto, pero muchos de los que lo intenten se desanimarán si reciben el rechazo del editor. Esta mesa está pensada para darnos las claves sobre cómo conseguir publicar en revistas con factor de impacto, claves que serán expuestas por el editor de la única revista española de Atención Primaria con factor de impacto (*Atención Primaria*) y por el editor para Atención Primaria de una de las publicaciones más prestigiosas en el mundo (*British Medical Journal*). También tendremos la oportunidad de conocer tales claves desde la perspectiva del médico de familia español que pasa consulta, que investiga y que además logra publicar sus trabajos en revistas con factor de impacto.

1. La visión de la revista Atención Primaria

A. Martín Zurro, J. Jiménez Villa, J. Gené Badia,

C. Batalla, J. Mascort (Comité de Redacción de la revista Atención Primaria)

La repercusión en los medios científicos de la difusión de las aportaciones realizadas por los profesionales y grupos que se dedican, de forma total o parcial, a la investigación se valora de acuerdo con el conocido «factor impacto». Una convención conceptual que analiza mediante una fracción que expresa en el denominador la cantidad de artículos publicados en aquellas secciones de las revistas analizadas que habitualmente incluyen aportaciones originales y no de opinión y en el numerador las veces que dichos trabajos han sido citados en los últimos 2 años en revistas incluidas en el Science Citation Index (Thomson Reuters Science. ISI WEB of knowledge). El resultado de esta fracción es el factor impacto.

Existen otros métodos para valorar la repercusión de las investigaciones publicadas; todos (como el factor impacto) tienen limitaciones y son objeto de críticas, pero la realidad es que el factor impacto constituye uno de los indicadores principales que se utilizan para valorar los méritos de los currículos en el ámbito de la investigación.

La revista *Atención Primaria* fue incluida en el Institute for Scientific Information (ISI) recientemente, en el año 2009, y por ello solo disponemos de dos valoraciones de su factor impacto, las correspondientes a las publicadas por Thomson Reuters en los meses de junio de 2010 y 2011.

Las revistas incluidas en el ISI se agrupan en bloques temáticos. En el campo médico, el de Medicina Interna y General es el más potente, ya que incluye las publicaciones con mayor factor, encabezadas por el *New England Journal of Medicine*. En este último año se ha creado un nuevo grupo dentro del ISI, el de Primary Health Care. *Atención Primaria* figura en los dos bloques mencionados y es la única revista en español del segmento de ellos, integrado por 14 publicaciones.

En los últimos años estamos asistiendo a cambios significativos, tanto en relación con la política editorial de la revista *Atención Primaria* (periodicidad mensual, remodelación del

sumario y selección de los manuscritos recibidos) como, en general, referentes a los hábitos de publicación de los investigadores españoles del campo de la Atención Primaria, con un crecimiento apreciable del número de trabajos que se envían para su publicación a revistas de otros países (esencialmente los anglosajones).

Para las revistas incluidas en el ISI, y por tanto también para *Atención Primaria*, es importante prestar atención a la evolución de su factor impacto y considerar los diferentes aspectos que pueden influir tanto sobre el numerador como sobre el denominador de la fracción que lo define. Es evidente que la calidad, la pertinencia temática, originalidad e interés y aplicabilidad general de los contenidos de los artículos originales son factores claves pero, en contra de lo que algunos puedan pensar, no son los artículos que destacan por estas características los que reciben más citaciones en otras revistas, ya que son superados por las revisiones sistemáticas de calidad y los documentos de consenso que se establecen entre sociedades científicas nacionales o internacionales, por poner dos ejemplos significativos.

La evolución futura de las publicaciones científicas y de su factor impacto va a estar también muy condicionada por los cambios tecnológicos, sobre todo por la publicación electrónica, que potencia una mayor rapidez en la difusión de los datos y que cambia su visibilidad y, por tanto, la posibilidad de citación de los artículos por parte de los lectores. La revista *Atención Primaria*, lógicamente, participa en estos nuevos contextos presentes y futuros, diferentes y problemáticos, y desarrolla cada vez más su versión electrónica y amplía la posibilidad de publicar materiales originales que en el formato papel no habrían tenido cabida por razones de extensión.

La globalización general a la que estamos asistiendo y los condicionantes económicos de la edición de publicaciones también repercuten, por ejemplo, sobre la periodicidad y extensión de las revistas. La universalización del inglés como lengua de comunicación científica es otro de los factores de cambio más potentes,

Revistas científicas como *Atención Primaria* están obligadas a inyectar altas dosis de dinamismo e innovación en sus estrategias editoriales para poder progresar (y sobrevivir) en un contexto cada vez más competitivo internacionalmente. En este punto, el papel de soporte de las sociedades científicas es esencial. El hecho de que la revista *Atención Primaria* sea el órgano oficial de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria es un pilar sólido para afianzar su presente y construir su futuro.

Los investigadores españoles del ámbito de la Atención Primaria, como los de otros campos, se han de enfrentar decididamente al reto que supone generar proyectos de investigación de alta calidad y en marcos multicéntricos, así como desarrollar temas de elevado interés general tanto en un ámbito nacional como internacional. Si cumplen estas premisas, podrán difundir sus trabajos en publicaciones con factor impacto, tanto españolas como de otros países. En este sentido consideramos necesario que nuestros colegas investigadores valoren *Atención Primaria* como una buena opción para publicar sus trabajos más relevantes, ya que con ello contribuirán, sin duda, a elevar su factor impacto y a romper el posible círculo vicioso que se puede crear si priorizan de forma muy pronunciada la publicación en otras revistas que ya tienen un alto factor impacto en la actualidad. También es importante que cuando publiquen en otras revistas valoren la pertinencia de incluir citas bibliográficas de *Atención Primaria*.

Los responsables de la publicación tenemos que seguir esforzándonos para que este medio de difusión científica sea

cada vez de mayor calidad y hacernos merecedores de la atención y confianza de nuestros colegas, tanto españoles como extranjeros.

2. How to publish in top peer-reviewed journals Domhnall MacAuley, BMJ

Researchers and journals have slightly different priorities. Both aim to increase knowledge to improve health. But, while a researcher's priority is to publish in the top journals for personal and institutional esteem, journals aim to publish the best quality research that will make an impact on healthcare, be recognised, and cited.

Pure academic interest is not enough. A submission must be novel and original, well thought out and methodologically sound and, for *BMJ* editors and readers (who mainly comprise doctors – whether they are practising clinical medicine, working in public health, developing and implementing health policy, or working mostly as researchers), we aim to publish articles that will help *doctors to make better decisions*.

The first step is to think about your work, why it fits in with a particular journal and how it compares with work previously published by that journal. Choose your journal carefully and be sure to follow the instructions for submission published on the journal website.

BMJ is the highest impact journal which publishes original primary care research every week. This presentation will explore how researchers can increase their chances of publishing their work in *BMJ*. Further details and advice on each component of the research paper submission can be found on: <http://www.bmj.com/about-bmj/resources-authors/article-types/research>

Criteria for selection

The three criteria used in making decisions on selecting papers for publication in *BMJ* are:

- 1) Originality: Does the work add enough to what is already in the published literature and, if so, what does it add?
- 2) Scientific reliability: Does it use the correct method – is it scientifically robust?
- 3) Importance of the work to general readers: Does this work matter to clinicians, patients, teachers, or policy-makers and is a general journal the right place?

Your submission

Cover letter

Short and to the point. Look at the criteria above and tell us why your work is novel and important, why your method is the best available, and how your work will improve healthcare. Many journals now request that you include a method statement (e.g. CONSORT, PRISMA, etc.) and sometimes require that you submit the protocol, especially for trials.

Abstract

Remember, many top peer-reviewed journals make an initial decision based on the abstract. Write it carefully. Please write it in the recognised structure for that journal. Remember to focus on the primary outcome, include sufficient data in the results, and base the conclusion only on your findings. It should tell an editor everything they need to know. It is perhaps the most important component of the research paper – do not leave it to your junior colleague to write.

Introduction

Set the background, how this research question fits in with previous studies, why it is novel and why you chose this method. The introduction does not need to be a comprehensive summary of the entire literature but it should indicate how your paper adds to contemporary knowledge. It should describe the aims and objectives of the study. Please include the trial registration number and database.

Method

There should be sufficient detail to enable other researchers to replicate your work. Researchers may have published a complete protocol in another journal, often an open-access journal, but there should still be adequate information in the submitted paper. Please cite the published protocol so that editors and reviewers can access it.

Results

Please describe the sample, give the general details of the response, participation rates, etc., together with a comprehensive table. Please give the primary outcomes first, followed by secondary outcomes. Use a table or figure where they can provide a comprehensive overview.

Discussion

It is best to use a structured discussion. This is described on the *BMJ* website. Please include a paragraph in the discussion describing the limitations of your work. This helps editors, reviewers and, ultimately, your readers to see that you understand and appreciate these limitations. Do not try to gloss over them – it worries editors if they think an author has not seen the possible problems in their work. No study is perfect. Do not overinterpret your work, attribute causation in an observational study, or suggest changes to treatment or care that cannot be justified directly from your findings.

Conclusion

Please ensure your conclusion is based on the findings of your study.

Afterwards

It is very unlikely that your paper will be accepted without revision. If you are asked to revise a paper, make it easy for the editor. Please respond to the suggestions of the editors and reviewers, point by point, in a separate letter so that the editor sees clearly that you have addressed each item.

If your paper is rejected, and you feel the editors have made a mistake, do think about an appeal. However, do not appeal simply in reaction to rejection. Think about why the editors have made such a decision, why they may not have seen the value of your work and, how you can revise your paper to address these concerns.

Editors and reviewers have spent time on your paper so do revise the paper and send it off to the next journal. There is a journal for every piece of quality research.

Further details:

Please find very detailed written instructions on every aspect of paper submission in our Resources for authors on *BMJ.com*: <http://www.bmj.com/about-bmj/resources-authors>

You can access a short film on why you should submit to *BMJ* on: <http://www.bmj.com/multimedia/video/2010/03/01/why-submit-your-research-bmj>

We have also produced a slide presentation with a detailed step-by-step guide to writing and submitting a research paper:

<http://www.bmj.com/multimedia/video/2010/03/01/how-get-your-research-published>

Cómo publicar en revistas médicas especializadas

Domhnall MacAuley, *British Medical Journal* (BMJ)

Los investigadores y las publicaciones tienen prioridades ligeramente distintas. Ambos desean desarrollar los conocimientos con el fin de mejorar la salud. No obstante, si la prioridad de un investigador es publicar en las revistas más influyentes por prestigio personal e institucional, la aspiración de las publicaciones es dar a conocer las mejores investigaciones: las que tengan repercusiones para la salud, se hagan merecedoras de un reconocimiento y lleguen a citarse.

El interés académico por sí solo no es suficiente. El trabajo presentado debe ser innovador y original, bien meditado y sólido desde el punto de vista metodológico, además de apropiado para los editores y lectores del BMJ (que son principalmente médicos, ya sea dedicados a la medicina clínica, a la sanidad pública o al diseño y a la aplicación de la política sanitaria, o consagrados sobre todo a la investigación). Nuestro objetivo es publicar artículos que ayuden a los médicos a tomar mejores decisiones.

El primer paso que debe dar es pensar en su trabajo y por qué encaja en una revista en concreto, y compararlo luego con otros artículos publicados anteriormente por la misma. Elija la revista cuidadosamente y asegúrese de seguir las instrucciones para la presentación de artículos indicadas en la web de dicha publicación.

El BMJ es la revista más influyente que publica todas las semanas trabajos de investigación originales sobre atención primaria. Esta comunicación expone de qué modo los investigadores pueden incrementar las posibilidades de publicar su trabajo en el BMJ. Se puede encontrar más información y sugerencias sobre todos los requisitos para presentar el informe de la investigación en <http://www.bmj.com/about-bmj/resources-authors/article-types/research>

Criterios de selección

Los tres criterios utilizados en el BMJ para la selección de artículos son los siguientes:

- 1) **Originalidad:** ¿El artículo constituye una aportación adicional significativa a la bibliografía ya publicada? Y, en caso afirmativo, ¿en qué consiste dicha aportación?
- 2) **Fiabilidad científica:** ¿Utiliza una metodología correcta? ¿Es sólido desde el punto de vista científico?
- 3) **Importancia de la investigación para los lectores en general:** ¿Es de interés para médicos, pacientes, profesores o responsables políticos? ¿Una revista generalista es el lugar correcto para publicarlo?

Presentación del artículo

Carta de presentación

Esta debe ser breve, concisa y directa. Fíjese en los criterios antes mencionados y díganos por qué la investigación es innovadora e importante, por qué la metodología es la más apropiada y en qué sentido el trabajo mejorará la asistencia sanitaria. Muchas revistas piden ahora que se especifiquen las directrices aplicadas (por ejemplo, CONSORT, PRISMA, etc.) y a veces exigen que se presente el protocolo, sobre todo para los ensayos.

Resumen

Recuerde que muchas de las revistas médicas especializadas más prestigiosas toman una primera decisión a partir del resumen. Redáctelo cuidadosamente y de acuerdo con la estructura estipulada para esa revista. Recuerde que debe centrarse en el principal criterio de valoración, incluir suficientes datos en los resultados y basar la conclusión únicamente en sus observaciones. El resumen debe decirle a un editor todo lo que necesita saber. Tal vez sea el elemen-

to más importante del informe; no deje su redacción en manos de un subalterno.

Introducción

Defina el contexto, cómo encaja el tema de la investigación con anteriores estudios, por qué es innovador y por qué ha elegido este método. No es necesario que la introducción sea un resumen exhaustivo de toda la documentación, pero debe indicar lo que el artículo aporta al saber contemporáneo. Debe describir las metas y los objetivos del estudio. Consigne tanto el número de registro como la base de datos del ensayo.

Método

Debe proporcionar una información suficientemente pormenorizada a fin de que otros investigadores puedan reproducir la investigación. Es posible que se haya publicado un protocolo completo en otra revista—a menudo de acceso libre—, pero aun así el artículo que se presenta debe contener información suficiente. Cite el protocolo publicado para que los editores y revisores especialistas puedan acceder a él.

Resultados

Describa la muestra, los datos generales de la reacción, los porcentajes de participación, etcétera, junto con un cuadro exhaustivo. Consigne primero los criterios principales y luego los secundarios. Use una tabla o figura que pueda ofrecer una visión global.

Discusión

Resulta muy conveniente estructurar adecuadamente este apartado, tal y como se explica en la web del BMJ. Redacte un párrafo que describa las limitaciones de la investigación. De este modo, los editores y revisores especializados y, en última instancia, los lectores pueden comprobar que usted ha entendido y valorado dichas limitaciones. No intente pasarlas por alto: es inquietante para los editores pensar que un autor no ha visto los posibles problemas presentes en su investigación. Ningún estudio es perfecto. No se exceda en la interpretación de su trabajo, ni atribuya causalidades en un estudio observacional, ni sugiera cambios en cuanto al tratamiento o a la atención que no se puedan justificar directamente a partir de sus conclusiones.

Conclusión

Asegúrese de que la conclusión se basa en las observaciones del estudio.

Después

Es muy poco probable que acepten el artículo sin pedirle que lo revise. Si se le pide que revise un artículo, facilite la tarea del editor. Debe responder a las sugerencias de los editores y revisores, punto por punto, en una carta separada, para que vean claramente que ha tenido en cuenta todas las observaciones.

Si rechazan su artículo y usted considera que los editores han cometido un error, por supuesto puede recurrir. No obstante, no recurra solo como reacción frente a tal rechazo. Reflexione por qué los editores han tomado esa decisión, por qué no han sabido ver la valía de su investigación y cómo puede revisarla a fin de resolver esa cuestión.

Los editores y revisores especializados han invertido tiempo en el informe; por lo tanto, revíselo y envíelo a otra revista. Existe una revista para cada investigación de calidad.

Más información

Encontrará instrucciones muy detalladas sobre todos los aspectos relacionados con la presentación de artículos en la sección "Resources for authors" (Recursos para los autores) de la web del BMJ: <http://www.bmj.com/about-bmj/resources-authors> Puede ver un cortometraje sobre los motivos para presentar un

artículo al BMJ: <http://www.bmj.com/multimedia/video/2010/03/01/why-submit-your-research-bmj>

Asimismo, hemos elaborado una presentación de diapositivas que le informa con detalle y paso a paso sobre la redacción y presentación del informe de una investigación: <http://www.bmj.com/multimedia/video/2010/03/01/how-get-your-research-published>

3. Cómo conseguir publicar en revistas de impacto:

La visión del médico de familia

Juan Ángel Bellón Saameño

¿En qué revistas de impacto se publica la investigación de Atención Primaria de nuestro país? Según un reciente estudio bibliométrico (Violan C et al., 2011) sobre artículos (excluidos editoriales, cartas y noticias) indexados en PubMed, aproximadamente el 40 % de los estudios de Atención Primaria realizados en España, desde el año 2000 hasta el 2009 (1.271 artículos), se han publicado en la revista *Atención Primaria* (39,7 %), lo cual habla por sí solo. Si a este 40 % le añadimos los publicados en *Gaceta Sanitaria* (4,9 %), *Medicina Clínica* (3,6 %) y *Revista Española de Salud Pública* (2,8 %), alcanzaremos el 50 %. El otro 50 % corresponde a publicaciones en otras 53 revistas de muy diversas áreas de investigación, la gran mayoría de ellas con un factor de impacto más grande que las anteriormente citadas. Parece ser que en los últimos dos años la internacionalización de las publicaciones de Atención Primaria española está aumentando de forma exponencial.

¿Cuáles son los factores que predicen la aceptación de un artículo? Es difícil responder desde el punto de vista científico a esta pregunta por la falta de estudios que la aborden directamente. Algunas revistas ofrecen datos acerca de su porcentaje de aceptación sobre los artículos recibidos, pero no sobre las variables que predicen su aceptación. Publicar en una revista que solo acepta el 4 % de lo que recibe es más difícil que hacerlo en una revista con una mayor tasa de aceptación. En un estudio se valoraron 1.274 artículos de 105 revistas para construir un modelo de predicción del número de citaciones de un artículo a los dos años (Lokker C et al., 2008) a partir de variables conocidas de los artículos antes de ser aceptados. Entre otras, la mayor puntuación en relevancia clínica y en artículo «noticiable» (*newsworthiness*), y el que fuera un estudio multicéntrico fueron variables predictivas. A esto se le podría añadir que el artículo esté financiado por agencias de investigación o que se desarrolle en varios países.

¿Qué revista hay que elegir? ¿Cómo se planifican y distribuyen todos los artículos que derivan de un mismo proyecto? ¿Cómo se puede saber cuál es el techo de publicación de mi artículo? Esto depende a su vez de muchas variables. Unos investigadores de Atención Primaria emergentes, salvo excepciones (que las hay), deberían ponerse un techo muy realista (tabla 1) y comenzar por revistas de menor impacto. De un estudio de grandes dimensiones y complejo, podría empezarse a publicar el protocolo en una revista de libre acceso; luego, en una revista metodológica se podrían publicar los contenidos (por ejemplo, el estudio de las pérdidas en la cohorte) y, a continuación, el artículo principal en la revista de mayor impacto dentro del área de estudio. Seguidamente se publican los resultados secundarios, por lo general en revistas de menor impacto que los resultados primarios. Aunque no debería ser así, los ensayos con resultados negativos y los de metodología cualitativa aparecen en revistas de menor impacto. ¿Elija una revista nacional o internacional? Si el ar-

tículo trata sobre un tema con interés exclusivamente local (validación de un cuestionario al castellano; estudio sobre la organización de la Atención Primaria española, etc.) no merece la pena intentarlo en una revista internacional. Si, por el contrario, el artículo tiene un perfil de interés general y una calidad excelente, se podría intentar en una revista internacional de mayor impacto. Si se publica casi en exclusiva en revistas internacionales, se puede llegar a ser muy conocido internacionalmente y ser a la vez un desconocido en nuestro país. Publicar en revistas generales de muy elevado impacto (*NEJM*, *Lancet*, *JAMA*, *BMJ*,...) está reservado para investigaciones muy originales, que generan un enorme cambio en el conocimiento y la práctica clínica, sin fisuras en la validez interna y con una gran validez externa.

¿Cómo se puede ir subiendo el nivel, en cuanto al factor de impacto, de las revistas en las que uno publica? Responder a esta pregunta enlaza con las estrategias propias de mejora de la calidad de las investigaciones. La táctica debería ir encaminada a ir consiguiendo financiación por parte de agencias de investigación; trabajar en grupo, en equipo multiprovincial y en red; ir construyendo un equipo multiprofesional de investigación (clínicos, epidemiólogos, estadísticos, sociólogos, enfermeras, etc.); saltar del «estudio en una consulta o centro salud» al estudio multicéntrico; pensar y hacer más por escribir artículos para revistas que presentar comunicaciones a congresos; mantener una misma línea de investigación planificada a largo plazo (estudios descriptivos y transversales, luego casos-controles y cohortes y, por último, ensayos clínicos); realizar proyectos de investigación en asociación, de igual a igual, con investigadores básicos y especialistas, o colaborar en investigaciones con los líderes internacionales del ámbito de investigación.

¿Cómo sé que mi artículo parte de una buena idea de investigación, innovadora y original? Las buenas ideas o preguntas de investigación surgen de una mezcla de escepticismo («No me creo las cosas que hacemos en la consulta porque los demás así lo hacen»), curiosidad («¡Qué curioso!, ¿por qué sucede esto así?») y un buen estudio y revisión del tema. Aunque teóricamente cabe la posibilidad, es muy improbable que, en la comunidad internacional, la idea que se me ha ocurrido no se le haya ocurrido ya a alguien y haya sido estudiada y publicada. Lo siguiente que hay que hacer es preguntarse: «Si se cumpliera la hipótesis de mi idea de investigación, ¿qué impacto tendría sobre la etiología, diagnóstico o prevención-tratamiento del problema de salud de mi investigación?, ¿qué impacto tendría sobre la salud y calidad de vida de las personas?, ¿qué impacto tendría sobre las decisiones en la práctica clínica del día a día?, o ¿qué impacto supondría sobre los costes, la organización y la gestión de los servicios?». Si este ejercicio de imaginación se hace con cierta distancia y objetividad, podemos llegar a estimar con bastante precisión el alcance de nuestra idea de investigación. Tenga en cuenta que aportar una buena idea de investigación es condición necesaria, pero no suficiente, para conseguir que le acepten un artículo.

Por último, ¿qué puedo hacer si envío un artículo y me dan un no por respuesta? No se desanime, lo habitual es recibir más de un no por respuesta. No es infrecuente que un buen artículo sea revisado y rechazado al menos tres o cuatro veces. Depende de la revista «techo» por la que hayamos comenzado. Aproveche los comentarios de los revisores y del editor, la mayoría de ellos suelen llevar razón, al menos en parte. Evite la suspicacia y pensamientos como «este revisor no tiene ni idea y me tiene manía». Conteste a los revisores y al editor con detalle, punto por punto y con cortesía.

Tabla 1: Área de Investigación de Atención Primaria (Primary Health Care) del Journal Citation Reports, publicado en 2011 y referido a 2010

Ránking	Revista	Factor de impacto (2 años)	Factor de impacto (5 años)	Puntuación Eigenfactor*
1. ^a	Ann Fam Med	4,457	4,969	0,01077
2. ^a	Br J Gen Pract	2,070	2,664	0,00859
3. ^a	J M Board Fam Med	1,987	2,204	0,00548
4. ^a	Scand J Prim Health	1,909	1,984	0,00170
5. ^a	Fam Pract	1,709	2,226	0,00611
6. ^a	Am Fam Physician	1,547	2,007	0,00761
7. ^a	BMC Fam Pract	1,467		0,00373
8. ^a	Can Fam Physician	1,403	1,447	0,00372
9. ^a	Fam Med	1,368	1,647	0,00328
10. ^a	Primary Care	1,146	0,862	0,00106
11. ^a	J Fam Pract	0,812	1,000	0,00194
12. ^a	Aust Fam Physician	0,647		0,00269
13. ^a	Aten Primaria	0,619		0,00067
14. ^a	Aust J Prim Health	0,408		0,00028

(*) La puntuación *Eigenfactor* permite identificar las revistas que son más citadas por las mejores revistas.

Si tiene dudas, pida consejo a otros investigadores expertos sobre los temas que se cuestionan; sea honesto y transparente. Quizá nos hemos equivocado de revista; planifique bien las siguientes publicaciones a la que enviará su artículo.

Violan C, Grandes G, Zabaleta-del-Olmo E, Gavilán E. La investigación en Atención Primaria como área de conocimiento. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2011. doi:10.1016/j.gaceta.2011.05.018

Lokker C, McKibbin KA, McKinlay RJ, Wilczynski NL, Haynes RB. Prediction of citation counts for clinical articles at two years using data available within three weeks of publication: retrospective cohort study 2008;336:655-7.

FORO DE INVESTIGACIÓN - MESA 2

Buscando compañeros de viaje en investigación

Viernes, 15 de junio / 12.00-14.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A3.2

Jesús López-Torres Hidalgo
Secretario Científico de la Agencia de Investigación de la semFYC.

Introducción

Con la realización de esta actividad, se pretende proponer un lugar de encuentro para la exposición de proyectos de investigación, preferiblemente financiados o en vías de financiación, ya iniciados o en desarrollo, que precisen de la participación de otros investigadores en el ámbito nacional. De los proyectos de investigación aceptados por el Comité Científico del Congreso, se seleccionarán para su exposición oral aquellos a los que les interese aumentar el número de investigadores participantes o los que puedan aportar su experiencia en la gestión de captación e implicación de colaboradores. Se valorará que los investigadores principales del proyecto vayan a solicitar o hayan obtenido una ayuda de agencias de financiación externa.

Se constituirá un espacio de debate que será de interés para aquellos congresistas que pretenden aproximarse a la realización de proyectos de investigación multicéntricos, colaborativos o financiados por agencias externas.

Contenido

//// ID 185

Incidencia de arteriopatía periférica y relación con factores de riesgo cardiovascular y morbimortalidad cardiovascular a los cinco años de seguimiento de la cohorte poblacional ARTPER

Alzamora M, Forès R, Sorribes M, Baena-Díez J, Pera G, Torán P

//// ID275

¿Es efectivo el triaje en unidades asistenciales para mejorar la eficiencia de la Atención Primaria de salud? González Santisteban R, González Cortés M, García Asensio M, Galarraga Maeso M, Paino Ortuzar M, Esparta Echebarria C

//// ID343

Efectividad de una intervención con seguimiento por correo electrónico sobre el abandono sostenido del tabaquismo (proyecto Tabatic). Un ensayo clínico aleatorizado controlado multicéntrico Díaz Gete L, Martín Cantera C, Clemente Jiménez L, Fernández Maestre S, Briones Carrió E, Puigdomènech Puig E

//// ID352

Efectos del cambio de apariencia de los medicamentos en la seguridad de los tratamientos antihipertensivos e hipolipemiantes en pacientes crónicos mayores de 65 años en Atención Primaria. Estudio CAMBIMED Arancon Monge J, De Castro Cuenca A, Serrano Vázquez A, Campos Díaz L, Díaz Eraso M,

//// ID547

Efectividad de una estrategia educativa para implementar guías de práctica clínica en residentes de Medicina Familiar y Comunitaria: proyecto e-educaguía Del Cura González I, Sanz Cuesta T, Martín Fernández J, Rodríguez Barrientos R, Polentinos Castro E, A

//// ID648

Evaluación de la validez diagnóstica de la teledermatología en un área de salud Cabanas Pegito J, Lago Deibe F, Rodríguez B, Ucha Fernández J, Pérez Pérez L, Zulaica Gárate A

FORO DE INVESTIGACIÓN - TALLER 1

Metodología *Breakthrough Series* (BTS) para puesta en marcha y desarrollo de un proyecto colaborativo

Jueves, 14 de junio / 15.30-19.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 1 / Sala B1

Docentes:

Naiara Artaza Aristondo

Responsable de Perspectiva de O+berri. Instituto Vasco de Innovación Sanitaria

IP del Proyecto colaborativo para la mejora del abordaje integrado a pacientes con depresión en Euskadi.

José Antonio de la Rica Giménez

Psiquiatra. Jefe de Servicio Comarca Uribe. Líder clínico del Proyecto colaborativo para la mejora del abordaje integrado a paciente con depresión en Euskadi como médico y metodólogo.

Jon Argote Atxalandabaso

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Participante en el Proyecto colaborativo para la mejora del abordaje integrado a pacientes con depresión en Euskadi como médico y metodólogo.

Justificación

En el ámbito asistencial, la brecha existente entre lo que según la evidencia se sabe que se podría hacer y lo que se hace todavía hoy es grande. En la búsqueda de un remedio, las organizaciones sanitarias están empezando a utilizar métodos colaborativos de mejora de la calidad que involucran a equipos multidisciplinares que abordan juntos problemas comunes. Los proyectos colaborativos de mejora se desarrollaron por primera vez en Estados Unidos, pero también se han realizado en Australia, Francia, Noruega y Reino Unido, entre otros países. Si bien existen diferentes metodologías de trabajo colaborativo, muchos de los proyectos que se han llevado a cabo en el mundo se basan en la metodología *Breakthrough Series* (BTS), desarrollada por el Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IHI) y que ayuda a las organizaciones sanitarias a trabajar en equipo sobre temas

específicos para la mejora de la calidad y la rápida implementación de la evidencia científica.

Objetivos

General:

El objetivo general del taller es conocer la metodología *Breakthrough Series* (BTS) en base a la experiencia adquirida en el proyecto BTS DEPRESIÓN.

Específicos:

- Definición de proyecto colaborativo
- Marco teórico de los proyectos colaborativos
- Fases del proyecto colaborativo
- Agentes que intervienen, roles y funciones
- Metodología de mejora: conocer un caso práctico; el proyecto colaborativo para la mejora del abordaje integrado en Euskadi a pacientes con depresión.
- Optimismo e ilusión como motor para la colaboración médico-paciente y la colaboración entre equipos participantes.

FORO DE INVESTIGACIÓN - TALLER 2

Revisión bibliográfica para un proyecto de investigación

Jueves, 14 de junio / 15.30-19.30 h
CS Deusto. Planta 4 / Aula informática

El taller se llevará a cabo en el Aula Informática de la Unidad de Investigación en AP de Bizkaia (CS Deusto: Luis Power, nº 18, 4ª planta. Bilbao)

Docentes:

Ignacia Idarreta Mendiola

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Tolosa. Gipuzkoa.

Eukene Ansuategi

Bibliotecaria del Hospital de Donostia.

Objetivos

General:

Proporcionar a los alumnos conocimientos y habilidades en la búsqueda, revisión y evaluación de la literatura científica necesaria para la realización de un proyecto de investigación

Específicos:

- Saber estructurar las necesidades de información a partir de la pregunta de investigación.
- Adquirir habilidades en la selección y utilización eficiente de las bases de datos bibliográficas electrónicas.
- Saber evaluar y seleccionar a partir de los resúmenes y artículos completos las referencias claves sobre la pregunta de investigación.
- Adquirir habilidades en la clasificación y manejo de la bibliografía necesaria para la realización del proyecto de investigación.

Aula docente

AULA DOCENTE - MESA

Herramientas para la evaluación formativa del residente

Miércoles, 13 de junio / 12.00-14.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 1 / Sala B1

Moderador:

Guillermo Cairo Rojas

Técnico de Salud. Unidad Docente de MFyC de Bizkaia.

Ponentes y contenido:

1. Evaluación del residente: experiencia de las unidades docentes en Medicina Familiar y Comunitaria de Catalunya

Rosa María Cantería Martínez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Adjunta de Dirección. Vilassar de Mar. Barcelona.

2. La observación directa como método para evaluar al residente. Observación estructurada de la práctica clínica

M.^a Teresa Martínez Ibáñez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnica de Salud.

UD Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. GAP-GC.

3. El impacto de una prueba ECOE en una Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria

José Carlos Salas Hospital

Jefe de estudios. UD Las Palmas Norte y Sur.

Las Palmas de Gran Canaria.

1. Evaluación del Residente: Experiencia de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Cataluña

Sebastià Juncosa Font

La instauración de estrategias que priorizan la valoración formativa se ha encontrado con problemas y dificultades de

diferente origen, también por parte de los propios docentes y discentes. Pero la publicación del Decreto 183/2008 aporta una solución que permite para incorporar la evaluación formativa a los programas de los residentes de forma oficial. En esta línea, el *Libro del Especialista en Formación* incluye una metodología de evaluación formativa tipo portafolio semiestructurado que ofrece al residente una orientación sobre las competencias que ha de dominar.

El portafolio supone una innovación sobre el actual sistema de evaluación curricular, por lo que el reto era ponerlo en marcha de forma generalizada, de lo que se encargaron las unidades docentes de Cataluña de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) de Cataluña: 17 unidades docentes, 89 centros docentes, 850 residentes y 540 tutores acreditados. En esta ponencia se explica esta experiencia hasta el actual portafolio del residente en Cataluña. Se complementa con datos sobre las tareas que realizan los residentes, el grado de satisfacción de los tutores y residentes, la opinión del tutor sobre la utilización del portafolio por parte de su residente y propuestas de futuro.

Descripción del portafolio de los residentes de MFyC de Cataluña

Las unidades docentes de MFyC de Cataluña iniciaron en el año 1994 una estrategia de valoración formativa complementaria a la evaluación sumativa ya existente en el Ministerio de Sanidad.

Durante estos años han ido apareciendo elementos destacados que se han ido integrando de forma coherente los elementos ya existentes: áreas competenciales del programa de la especialidad, libro del residente y actividades que en Cataluña se venían desarrollando desde hacía años para medir la competencia de los objetivos docentes del programa. En el año 2007 se creó la web y el portafolio del residente de MFyC tal y como existe en la actualidad.

El portafolio de los residentes de MFyC de Cataluña constituye un documento semiestructurado que puede tener formato electrónico o papel. En él se priorizan las competencias que se van a trabajar y se distribuyen a lo largo de la residencia, a la vez que se facilitan indicadores para evaluar el grado en el que se alcanzan estas competencias. Se ofrecen, asimismo, una serie de tareas que objetivan el grado con que se ha conseguido llevar a cabo los objetivos docentes previstos y un modelo estructurado para que cada resi-

Tarea	Área Valorada	Año de residencia
Videogravación/Observación Estructurada de la Práctica Clínica	Comunicación	R1-R2
Maniqués-Simuladores	Manejo Clínico	
Búsqueda Bibliográfica-Lectura Crítica	Manejo Clínico	
Caso Por Ordenador/Incidente Crítico	Manejo Clínico	
Incidente Crítico	Bioética	
Presentación Sesión	Docencia	R3-R4
Videogravación/Observación Estructurada de la Práctica Clínica	Comunicación	
Self Audit	Manejo Clínico	
Trabajo De Investigación	Investigación	
Proyecto Comunitario	Atención a la Comunidad	
Entrevista Familiar	Atención a la Familia	
Mejora de Calidad	Gestión de la Atención	

dente reflexione e identifique sus puntos fuertes y débiles, de modo que, en función de estos, se planifique su formación de manera personalizada. Este proceso se hace bajo la supervisión de su tutor.

Las tareas son instrumentos que permiten una observación del progreso competencial del residente, una autoevaluación mediante los indicadores operativos de las áreas trabajadas y una autorreflexión. Se han distribuido las tareas en los 4 años de formación y están ponderadas según el peso de cada área competencial. Con las 12 tareas que hay en total (3 por año académico), quedan evaluadas todas las áreas competenciales del programa oficial de la especialidad.

El objetivo principal de la realización de estas tareas y autorreflexiones es detectar los posibles problemas formativos para poner en marcha las medidas correctoras adecuadas.

Cada tarea está ligada a un área competencial. Las áreas competenciales valoradas se corresponden a las del programa oficial de la especialidad y del *Libro del Especialista en Formación*, excepto la de manejo clínico, que incluye: razonamiento clínico, gestión clínica y atención al individuo y grupos.

Clicando en cada una de las tareas encontramos los objetivos que se pretende cumplir, el área competencial para la cual se ha diseñado la tarea y la bibliografía correspondiente, así como los documentos necesarios para su realización.

Del mismo modo, clicando en las áreas se puede encontrar toda la información sobre cada una de ella, las competencias priorizadas y los indicadores operativos correspondientes. Estos indicadores constituyen un listado de preguntas orientadas a facilitar la autoevaluación respecto al área competencial que se haya trabajado con cada tarea.

En cuanto a las tareas, el residente debe, de forma cronológica:

- Decidir conjuntamente con el tutor qué tareas hará anualmente y consensuar un calendario de realización.
- Hacer las tareas. Clicando en cada tarea del calendario, se obtienen las instrucciones y el material necesario para su realización.
- Autoevaluarse mediante los indicadores operativos a los que se puede acceder al final de la explicación de la tarea o del área competencial correspondiente.
- Finalmente, efectuar la autorreflexión acerca de la tarea realizada en la hoja correspondiente teniendo como referencia el logro de los indicadores operativos de aquella área competencial.
- Elaborar los objetivos-pacto de aprendizaje con el tutor en las cuatro entrevistas tutor-residente anuales.

En resumen, el actual portafolio del residente de MFyC de Cataluña integra de forma coherente los aspectos aprovechables y convenientemente adaptados del *Libro del Especialista en Formación* para realizar un portafolio y las actividades que en Cataluña se venían desarrollando desde hacía años para medir la competencia respecto los objetivos docentes planteados en el programa.

Con este portafolio se pretende establecer una evaluación formativa de los residentes aplicable a sus circunstancias reales y que promueva la reflexión de las actuaciones prácticas propias como médicos de familia.

2. La observación directa como método para evaluar al residente. Observación estructurada de la práctica clínica

José Saura Llamas

El papel del tutor

«El tutor es el profesional encargado de seguir todo el proceso de formación del residente», por lo que el debe establecer los objetivos específicos del aprendizaje y comprobar en qué medida se van cumpliendo mediante los instrumentos correspondientes; asimismo, debe preguntar, observar y mirar, y finalmente debe evaluar al residente con distintos métodos, al tiempo que le proporciona un *feedback* formativo.

La observación como método de evaluación

Este método es habitualmente minusvalorado: no se suele proponer ni reconocer en la formación de los médicos, y existen escasas referencias y experiencias formativas prácticas referentes a la observación en nuestro entorno.

Sin embargo, se trata de un método básico que se suele utilizar mucho de manera espontánea y autodidacta, no reglada ni programada, lo que da lugar a muchos problemas pedagógicos, sobre todo por la falta de habilidad y entrenamiento para aplicarlo de un modo intencional y técnicamente correcto.

Los métodos basados en la observación

La observación puede ser la primera parte dentro de otros métodos docentes, como la observación/imitación, así como en los métodos explicativo, demostrativo, analítico o reflexivo o en el método de la hipótesis relacional, o bien puede servir para dar un *feedback* formativo al alumno.

La observación directa como método formativo en sí mismo

La observación directa se utiliza en el aprendizaje de campo, propio de la formación en el ámbito profesional y en Formación Sanitaria Especializada (FSE). Por ejemplo, para la supervisión del aprendizaje, el docente debe observar directa y atentamente la práctica del residente (observación directa del tutor) mientras este pasa la consulta. Constituye un método de evaluación formativa si valora y mide lo observado.

La observación estructurada

Es el método que aprovecha una estructura predeterminada para recopilar la información que se busca y que consta de al menos un guión para su aplicación, una serie de preguntas o cuestiones pre-elaboradas, una planilla de recogida sistemática de la información y otros elementos de apoyo como tablas. Este tipo de observación es el que tiene más interés pedagógico y el más adecuado.

Enseñar a aprender mediante la observación sistemática

«Mirar con atención y de forma sistemática, con la intención de ver lo que está pasando.» Se trata de observar focalizando la atención en un aspecto específico del desempeño del alumno, en el que se recogen todos los casos en un período de tiempo determinado. Para ello se suelen utilizar las llamadas «planillas de observación», que recopilan ciertos aspectos de la consulta, como los elementos claves del perfil profesional de la especialidad y los distintos puntos de vista de los distintos «actores» del proceso formativo.

Los elementos claves de la evaluación por observación

Estos elementos son: el evaluador, su entrenamiento, la definición previa de las competencias que se van a evaluar, el acuerdo del evaluador y del evaluado de participar en el proceso, los descriptores de las competencias que debe demostrar el residente durante la observación, la planilla (hoja de vaciado o mapa de observación), la devolución al evaluado (*feedback*) y el informe final (que es la prueba de que se han adquirido las competencias previstas).

Los tutores de Medicina Familiar y Comunitaria ya estamos utilizando la observación para evaluar a nuestros residentes

El sistema de evaluación del residente, en vigor desde 1995, se basa en la aplicación de la observación del desempeño de las tareas profesionales por parte del residente (las «fichas 1 y 2»), ya que, por ejemplo, estamos evaluando las rotaciones o períodos formativos del residente con la famosa y poco afortunada ficha 2 de evaluación de las rotaciones («la maldición del 3 para todos»).

Sin embargo, aparte del fracaso en su implantación y generalización, el sistema de aplicación de esta evaluación no cumple con los requisitos que se exige a todo instrumento de formación-evaluación, que son: validez y fiabilidad, aceptación y transparencia, factibilidad e impacto educativo.

Observación Estructurada de la Práctica Clínica (OEPC)

La OEPC es un método de observación directa de la práctica profesional con una evaluación estructurada mediante un formulario y posterior provisión de *feedback* al residente.

Responde a un modelo alternativo y válido de evaluación a lo que se viene haciendo actualmente. Se basa en la revisión de registros de actividad, videgrabaciones, *self-audit/peer review* de informes e historias clínicas, evaluación del libro del residente (o memoria formativa anual) y del portafolio, entre otros instrumentos.

Se presenta de distintas formas y modelos, entre los cuales el más habitual es el Mini-CEX, que además está validado.

El Mini-CEX

Fue creado en Estados Unidos por el American Board of Internal Medicine como simplificación operativa a partir del antiguo CEX (Clinical Evaluation Examination).

Es un método de observación directa de la práctica profesional con una evaluación estructurada, que utiliza un formulario estándar, y en el que se da un *feedback* posterior al residente.

Fornells-Vallés JM. *El ABC del Mini-CEX. Educación Médica* 2009; 12(2):83-89.

Las indicaciones del Mini-CEX

El Mini-CEX está indicado para evaluar competencias, el desempeño del residente en la entrevista clínica/comunicación con el paciente, la exploración física, el juicio clínico, el desempeño profesional y su organización/eficiencia en la atención clínica.

Características del Mini-CEX

Se utiliza para valorar habilidades clínicas. Se debe practicar con pacientes reales, con diferentes casos clínicos de varios tipos y complejidades, con observadores distintos (incluso para un mismo caso), utilizando una ficha estructurada de recogida de datos y con un tiempo promedio de 30 minutos por aplicación.

3. El impacto de una prueba ECOE en una Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria José Carlos Salas Hospital

Desde hace cuatro años, nuestra Unidad Docente (UD) ha incorporado la realización de la prueba ECOE en la evaluación formativa de los residentes de último año una vez finalizan el primer semestre como R4.

Los motivos que nos impulsaron a introducir esta prueba fueron varios. El primero de ellos fue el de mejorar la formación de nuestros residentes a través de una experiencia práctica. También nos interesaba, como Unidad Docente, favorecer la evaluación formativa entre nuestros tutores y residentes, al tiempo que adquiríamos habilidades en el desarrollo de este tipo de herramientas.

¿En qué consiste nuestra prueba ECOE?

Las 4 ediciones de esta prueba han conestado de 13 estaciones; de estas, 6 incluyen pacientes simulados, un maniquí, una búsqueda en bases de datos bibliográficas, un documento médico legal, una pregunta estructurada y 3 pictoriales. Los resultados se comunican a cada residente de forma individual en una sesión de tutoría con la Unidad Docente que se concierta previamente y que dura unos 30-45 minutos, de forma aproximada. También los tutores reciben la información de sus respectivos residentes.

Influencia de la prueba ECOE

Para los residentes, enfrentarse a la ECOE supone un reto importante, y por ello más de un mes antes ya empiezan a estudiar. De forma individual, y también en grupo, repasan el programa de la especialidad y los principales motivos de consulta recopilados en la Guía de Actuación de la semFYC. Después de la ECOE, viene una fase de autorreflexión y autocrítica. El hecho de analizar su propia actuación clínica, estación tras estación, es el aspecto más enriquecedor de esta prueba. Ellos mismos se dan cuenta de las estaciones que les salieron mejor y las que fueron peor, de lo que les faltó preguntar y en lo que se equivocaron. Durante la sesión de tutoría posterior, muchos de ellos nos comentan que al llegar a casa han consultado los temas que han sido objeto de evaluación.

La comunicación de los resultados es otro momento crítico. Durante la tutoría con la UD, contrastan sus impresiones con la valoración objetiva y, lo que es aún más importante, pueden saber su nivel tanto individual como en relación con su promoción. Una residente nos hizo un comentario que resumía su impresión global de esta prueba: «Después de cuatro años de formación, necesito saber dónde estoy».

A partir de algunas estaciones, sobre todo de aquellas que salieron peor, se realizan sesiones clínicas y otras actividades en los centros de salud.

Los tutores participan en las distintas fases de la realización de la ECOE. Al formar parte del Comité de Prueba, tienen capacidad para influir en el diseño global de la prueba y en el contenido concreto de las estaciones; paralelamente, a aquellos tutores con un perfil de expertos en un área concreta, se les solicita asesoramiento técnico en la creación de los casos. Además están presentes durante la ejecución de la prueba, pues tienen que evaluar las estaciones. Un valor añadido ha sido la colaboración con la Unidad Docente para reforzar algunos aspectos del programa formativo, como las habilidades de comunicación. También se han podido iniciar líneas de investigación a partir de la información reunida en las estaciones.

Durante la fase de preparación, el tutor ayuda a su residente a orientar su estudio hacia los problemas más prevalentes y las situaciones clínicas que con más probabilidad «pueden caer».

Una vez conocidos los resultados, el papel del tutor es decisivo. Con ellos en la mano y con el residente delante, tiene una herramienta docente muy potente para recapitular lo aprendido hasta el momento y planificar la formación posterior. Las videgrabaciones de las estaciones también permiten desarrollar una estrategia formativa en las áreas de comunicación.

Para la Unidad Docente, el desarrollo de la prueba ECOE ha supuesto un enriquecimiento en muchos aspectos. En primer lugar, nos ha ayudado a adquirir habilidades en el diseño y ejecución de este tipo de prueba, así como en el adiestramiento de los pacientes simulados. En segundo lugar, nos ha permitido conocer el alcance real que tiene introducir una evaluación objetiva dentro del programa de la especialidad, y nos ha sorprendido comprobar que, para los residentes, esta es la verdadera evaluación de sus competencias, como si la evaluación sumativa tradicional no las reflejara de forma real. Esta percepción nos lleva a reflexionar sobre la afirmación de que la evaluación condiciona la formación: si hasta ahora los residentes no se sentían evaluados, ¿cómo era su formación?

Después de evaluar a 100 residentes durante cuatro promociones, hemos podido comprobar que hay una correlación estrecha entre la puntuación de la ECOE y otro tipo de evaluación (informes verbales de tutores, sesiones clínicas y trabajos de investigación). También nos ha permitido establecer perfiles según las promociones.

¿Qué hemos conseguido introduciendo la prueba ECOE?

- Una evaluación objetiva del proceso formativo de los residentes
- Apoyo a la labor tutorial de los tutores
- La planificación de las actividades de formación
- Experiencia en el diseño y elaboración de la prueba ECOE
- Incorporar otras herramientas de evaluación formativa en el programa de los residentes: la observación estructurada de la práctica clínica y el análisis de videgrabaciones.
- Proponer desde la Unidad Docente un proyecto formativo global en el que se incluyen residentes, tutores y grupos de trabajo de nuestra sociedad científica
- Fomentar la cultura de la evaluación formativa

Bibliografía

- De Serdio Romero E. ECOE: Evaluación Clínica Objetiva Estructurada.(III). Montaje y desarrollo de una ECOE. Medicina de Familia (And). 2002;4:277-87.
- Ezquerro Lezcano M, Bundo Vidiella M, Descarrega Queralt R, Martín Zurro A, Fores García D, Fornells Vallés JM. Valoración formativa: experiencia de las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria de Cataluña. Aten Primaria. 2010;42:233-40.
- Ezquerro Lezcano M. Necesidad de evaluar la competencia profesional con instrumentos validados. Aten Primaria. 2010;42:13-4.
- Toledo García JA, Fernández Ortega MA, Trejo Mejía JA, Grijalva MG, Gómez Clavelina FJ, Ponce Rosas ER. Evaluación de la competencia clínica en el posgrado de Medicina de Familia mediante el Examen Clínico Objetivo Estructurado. Aten Primaria. 2002;30:435-41.

AULA DOCENTE - TALLER 1

Valores en Medicina Familiar y Comunitaria

Miércoles, 13 de junio / 15.30-18.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A2

Docentes:

Miguel Melguizo Jiménez
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyara. Granada.
Profesor asociado del Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina de Granada. Responsable del grupo de Bioética de la SAMFyC.

Ana Maria de los Ríos Álvarez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
CS La Cartuja. Granada.

Objetivos

General: Hacer una aproximación a la importancia que para el médico de familia tiene la educación en valores.

Específicos:

1. Identificar aquellos aspectos formativos que pueden desarrollarse para favorecer un aprendizaje en valores para el médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria.
2. Desarrollar un método de intervención durante el período de residencia: acogida del residente, comunicación con él, delegación de funciones/autonomía y proceso evaluativo.
3. Reflexionar sobre los valores más importantes de la Medicina Familiar y Comunitaria y la manera de que encajen en el período de residencia: dedicación, respeto, lealtad, prudencia, equidad, honradez y compasión.

AULA DOCENTE - TALLER 2

Cómo hacer observación directa en la consulta: Mini-CEX

Miércoles, 13 de junio / 15.30-18.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 1 / Sala C1

Docentes:

José Carlos Salas Hospital
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe de estudios.
UD Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. GAP-GC.

M.ª Teresa Martínez Ibáñez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnico de Salud.
UD Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. GAP-GC.

Alexis Rodríguez Espinosa

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnico de Salud.
UD Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. GAP-GC.

Objetivos

General: Adquirir conocimientos y habilidades en la observación estructurada de la práctica clínica.

Específicos:

Describir las características y los objetivos de la observación estructurada de la práctica clínica.

- Comprender el modelo de Mini-CEX
- Enunciar y elaborar las condiciones idóneas para desarrollar esta práctica
- Desarrollar habilidades para aplicar la observación estructurada

- Aplicar la observación estructurada de la práctica clínica en base a la planilla del Mini-CEX
- Formar en la técnica de *feedback*

AULA DOCENTE - TALLER 3

Ensayo general asesorado de tu comunicación

Miércoles, 13 de junio / 15.30-18.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 1 / Sala B1

Docentes:

Rosa Duro Robles

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Grupo Comunicación y Salud de semFYC. Mallorca. Illes Balears.*

Elena Muñoz Seco

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Grupo Comunicación y Salud de semFYC. Menorca. Illes Balears.*

Eva Peguero Rodríguez

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Grupo Comunicación y Salud de semFYC. Barcelona.*

Objetivos

General: Mejorar las habilidades de comunicación en las presentaciones orales a congresos.

Específicos:

- Asesoramiento *last-minute* sobre la comunicación que vamos a presentar.
 - Recibir *feedback* sobre la propia presentación oral y el contenido de nuestra charla.
 - Mejorar la preparación de las comunicaciones orales, propias y del resto de los asistentes.

Talleres de habilidades

TALLERES DE 2 HORAS

//// TH2.01

EPOC: Del ostracismo a las páginas de actualidad; de la teoría a la práctica clínica

A) Jueves, 14 de junio / 09.30-11.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 1 / Sala B1

B) Jueves, 14 de junio / 12.00-14.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 1 / Sala B1

Docentes:

Agustín Martínez González

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador de GdT Respiratorio de OSATZEN (Sociedad Vasca de MFyC). Miembro del GdT Respiratorio de la semFYC. CS La Paz. Cruces (Barakaldo). Miembro del GdT Respiratorio de OSATZEN.

Jon Argote Ataxlandabaso

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
CS La Paz. Cruces (Barakaldo). Miembro del GdT Respiratorio de OSATZEN.*

Javier Amiama Ruiz

CS Sodupe. Bizkaia. Miembro del GdT Respiratorio de OSATZEN.

Objetivos

General:

Mejorar la atención a los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en Atención Primaria. Conseguir las herramientas necesarias para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes en Atención Primaria.

Específicos:

- Identificar los típicos síntomas de sospecha clínica de EPOC.
- Valorar los factores de riesgo de EPOC y la importancia del tabaco en la etiología de la enfermedad.
- Conocer las clasificaciones de la EPOC según su gravedad y su implicación en la clínica.
- Conocer los datos clínicos que empeoran el pronóstico de la EPOC e intentar actuar sobre ellos para mejorar la situación.
- Conocer nuevas clasificaciones pronósticas en el manejo de la EPOC (BODE, DOSE...).
- Abordar el seguimiento de un enfermo con EPOC estable y su tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Conocer las nuevas terapias en el tratamiento de la EPOC y sus indicaciones.
- Abordar la educación sanitaria como parte imprescindible del tratamiento de la EPOC.
- Controlar y tratar de forma adecuada las exacerbaciones del paciente con EPOC.
- Tratar los criterios de ingreso en las agudizaciones de la EPOC.
- Usar de forma racional los antibióticos en las agudizaciones de la EPOC.
- Señalar las indicaciones para la realización de gasometría en los pacientes con EPOC.
- Controlar al paciente en tratamiento con oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD).

//// TH2.02

Medicalización de la vida

A) Jueves, 14 de junio / 09.30-11.30 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 1 / Sala C1

B) Jueves, 14 de junio / 12.00-14.00 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 1 / Sala C1

Docentes:

Eulali Mariñelarena Mañeru

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Pasai-Antxo. Gipuzkoa. Jefa de UD de MFyC de Gipuzkoa.

Laura Balagué Gea

Enfermera de Atención Primaria. CS de Rentería. Gipuzkoa.

Objetivos

General:

Reflexionar sobre el papel del sistema sanitario y de los propios profesionales en el fenómeno de la medicalización y provocar un cuestionamiento del mismo.

Específicos:

- Reflexionar sobre los conceptos de salud y enfermedad.
- Acercarnos al concepto de medicalización.
- Determinar el papel de los distintos agentes implicados en el proceso de la medicalización.
- Reflexionar sobre las consecuencias de este fenómeno.
- Intentar buscar algunas soluciones viables desde el punto de vista del profesional sanitario.

//// TH2.03

Exploración física basada en la evidencia

A) Miércoles, 13 de junio / 15.30-17.30 h

CS Deusto. Planta 4. Aula informática

B) Viernes, 15 de junio / 15.30-17.30 h

CS Deusto. Planta 4. Aula informática

El taller se llevará a cabo en el Aula Informática de la Unidad de Investigación en AP de Bizkaia (CS Deusto: Luis Power, nº 18, 4ª planta. Bilbao)

Docentes:

M.ª Carmen Sánchez López

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesora colaboradora en la Universidad Medicina de Murcia (asignatura de MBE).

Susana Ruiz de Aguirre Maneiro

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutora docente UD de Murcia. Profesora colaboradora en la Universidad de Murcia.

Juan Antonio Sánchez Sánchez

Coordinador del grupo de MBE de la SMUMFYC. Miembro del grupo de MBE de la Sociedad Española de Medicina de Familia. Doctor en Medicina y profesor asociado en la Facultad de Medicina de Murcia (asignatura MBE).

Objetivos

General:

Comprobar la utilidad diagnóstica de la exploración física en un escenario clínico concreto.

Específicos:

- Interpretar adecuadamente las características básicas de la utilidad de una prueba diagnóstica (concordancia, sensibilidad, especificidad, valor predictivo, cocientes de probabilidad).

- Identificar los elementos fundamentales de la calidad de un artículo de validación de signos de exploración física.
- Estimar la probabilidad de tener o no una enfermedad conociendo los cocientes de probabilidad de un signo de la exploración física.

//// TH2.04

Mójate con el alcohol: taller de intervención breve

A) Viernes, 15 de junio / 09.30-11.30 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 1 / Sala C1

B) Viernes, 15 de junio / 12.00-14.00 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 1 / Sala C1

Docentes:

Rodrigo Córdoba García

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Doctor en Medicina por la Universidad de Zaragoza. Profesor de la Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza. Miembro del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Coordinador del Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la semFYC.

Francisco Camaralles Guillem

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valencia. Doctor en Medicina por la Universidad de Alcalá. Experto universitario en Tabaquismo por la Universidad de Cantabria. Miembro del grupo de Educación Sanitaria del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC.

Objetivos

General:

Sensibilizar a los profesionales sanitarios de Atención Primaria sobre la necesidad de intervenir sobre el consumo de alcohol de los pacientes que atienden en sus consultas y el coste-efectividad de la intervención.

Específicos:

- Utilizar el consejo y la intervención breve sobre consumo de alcohol de la forma más adecuada posible y más adaptada a las características de la persona a la que se atiende y a la propia práctica.
- Integrar el consejo sobre consumo de alcohol en la práctica clínica junto con otras actividades/recursos relacionados: sistemas de registro, materiales escritos de educación sanitaria y otros.
- Potenciar las habilidades de comunicación de los profesionales para preguntar, escuchar activamente, empatizar, reforzar, resumir y retroalimentar.

//// TH2.05

Abordaje del deseo sexual hipoactivo en Atención Primaria. ¿Te atreves?

A) Viernes, 15 de junio / 12.00-14.00 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 1 / Sala B1

B) Viernes, 15 de junio / 15.30-17.30 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 1 / Sala B1

Docentes:

Belén Saez-Guinea

Psicóloga especialista en Psicología Clínica (Universidad de Salamanca). Posgrado en Orientación y Terapia familiar (Universidad de Salamanca). Posgrado en Sexología en la Universidad de Montreal. Canadá.

M.^a Antonia Sánchez Calavera

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Doctora en Medicina y Cirugía. Posgrado de Educación Sexual por la Universidad de Lleida. Terapeuta sexual y de pareja.

Objetivos

General:

Dotar al profesional de Atención Primaria de herramientas para afrontar y manejar las consultas que realicen los pacientes sobre la falta de deseo. Trabajar los aspectos claves de la falta de deseo desde un punto de vista orgánico y psicológico y su tratamiento.

Específicos:

- Favorecer el acercamiento de los profesionales de Atención Primaria al tratamiento del deseo sexual hipocativo.
- Desmitificar el concepto de trastorno sexual, evitando así que el profesional ponga reparos a su abordaje y tratamiento.
- Aprender a valorar las causas que, en el entorno del paciente, favorecen la aparición de este trastorno.
- Establecer el lugar que ocupa el deseo en el comportamiento sexual y su repercusión en el malestar de los pacientes.
- Potenciar el valor de la comunicación para abordar este trastorno y utilizarla como herramienta de tratamiento.
- Valorar los aspectos positivos de nuestra posición en Atención Primaria, como la relación con el paciente y el conocimiento de su entorno, para favorecer el abordaje y el tratamiento correcto de este trastorno.

//// TH2.06

¿Qué sabemos de la seguridad del paciente en Atención Primaria?

¿Cómo empezar?

A) Viernes, 15 de junio / 09.30-11.30 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia. Planta 1 / Sala B1

B) Viernes, 15 de junio / 15.30-17.30 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia. Planta 1 / Sala C1

Docentes:

María Pilar Astier Peña

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Caspe. Zaragoza.

María Luisa Torijano Casalegua

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Subdirectora de Atención al usuario y calidad. Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Comunidad de Madrid.

Objetivos

General:

- Sensibilizar a los participantes acerca de la importancia que tiene la seguridad del paciente en el ámbito asistencial de Atención Primaria.
- Capacitar a los participantes para que inicien acciones encaminadas a mejorar la seguridad del paciente en su lugar de trabajo.

Específicos:

- Conocer el impacto de los errores del sistema de salud: porcentaje de errores evitables.

- Conocer la taxonomía de la Seguridad.
- Conocer las estrategias de mejora de la seguridad del paciente.
- Capacitar por medio de ejemplos prácticos a los participantes en el taller para que utilicen las herramientas de mejora de la seguridad del paciente.

//// TH2.07

La enfermedad de Alzheimer: sospecha y abordaje de la fase inicial en Atención Primaria

A) Viernes, 15 de junio / 12.00-14.00 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia. Planta 3 / Sala B3

B) Viernes, 15 de junio / 15.30-17.30 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia. Planta 3 / Sala B3

Docentes:

María Jesús Gómez Salado

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto-Puntales. Cádiz. GdT de Demencias de la semFYC.

Luisa Rosano Duarte

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto-Puntales. Cádiz. GdT de Demencias de la semFYC.

Objetivos

General:

Adquisición por parte de los asistentes de los conocimientos y habilidades prácticas necesarias para la detección y el abordaje de la enfermedad de Alzheimer, en su fase inicial, en el ámbito de la Atención Primaria.

Específicos:

- Mejorar la detección temprana de la enfermedad de Alzheimer (EA):
 - Aprender a reconocer los síntomas de sospecha.
 - Aprender a realizar una evaluación diagnóstica inicial con la aplicación de los nuevos test psicométricos, que sirven para la detección temprana de la EA.
 - Adquirir los conocimientos necesarios para la realización del diagnóstico diferencial de una posible EA con el deterioro cognitivo ligero y con la depresión.
- Manejar el proceso de atención integral de la persona afectada por EA inicial y su familia:
 - Conocer y aplicar las medidas farmacológicas de tratamiento con la mayor evidencia científica disponible.
 - Conocer y aplicar las medidas de tratamiento no farmacológicas con la mayor evidencia científica disponible.
- Adquirir los conocimientos y habilidades para el abordaje de la comunicación del diagnóstico a la persona afectada y a su familia en aras de facilitar la participación del paciente en la toma de decisiones.

TALLERES DE 4 HORAS

//// TH4.01

Manejo de la polimedición en el anciano

A) Miércoles, 13 de junio / 15.00-19.00 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia. Planta 3 / Sala C3

B) Jueves, 14 de junio / 09.30-14.00 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia. Planta 3 / Sala C3

Docentes:

Endika Gerediaga Goikolea

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bermeo. GdT Atención al mayor de OSATZEN.

Francisco Javier Gil Bengoa

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Oruña. GdT Atención al mayor de OSATZEN

Objetivos

General:

Mejorar y/o desarrollar conocimientos y habilidades en la revisión y manejo y gestión de la medicación en el paciente mayor polimedcado desde una perspectiva clínica compatible con la actividad habitual.

Específicos:

- Exponer la fisiología específica de la medicación en el mayor.
- Definir la polifarmacia y sus consecuencias.
- Conocer las herramientas y los criterios para detectar la medicación inadecuada.
- Describir las cascadas de prescripción.
- Hacer una revisión de la medicación.
- Valorar la adherencia al tratamiento y los criterios para mejorar el cumplimiento.
- Definir los criterios para la «desprescripción».

//// TH4.02

Urgencias cardiovasculares en Atención Primaria

A) Miércoles, 13 de junio / 15.00-19.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 3 / Sala B3

B) Jueves, 14 de junio / 09.30-14.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 3 / Sala B3

Docentes:

Aitor Arrese-Igor Etxeburua

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. PAC de Beasain (Gipuzkoa). Máster en Medicina de Urgencias por la Universidad de País Vasco. Instructor de soporte vital básico y avanzado por AHA y Ekalme. GdT de Urgencias y Atención continuada de la semFYC.

Miryam Berruete Cilveti

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe del servicio de Hospitalización a domicilio del Hospital de Zumárraga (Gipuzkoa). Exjefe del servicio de Urgencias del mismo hospital. Instructora de soporte vital básico y avanzado por Semes y AHA. Miembro del GdT Urgencias de OSATZEN.

Luis Moles Gómez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. PAC de Zumárraga (Gipuzkoa). Instructor de soporte vital básico y avanzado por Ekalme. Miembro del GdT Urgencias de OSATZEN.

José Miguel Rengel Sala

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Amara Berri (Donostia). Instructor de soporte vital básico y avanzado por AHA y Ekalme. Coordinador del GdT Urgencias de la OSATZEN.

Objetivos

General:

- Contribuir a la actualización y unificación de la formación del médico de familia en las urgencias cardiovasculares.
- Mejorar el pronóstico de los pacientes con patología cardiovascular aguda atendidos en Atención Primaria.

Específicos:

- Reconocer los diferentes cuadros que forman parte de las urgencias cardiovasculares.
- Seguir un protocolo de actuación en el manejo de estos procesos y de sus complicaciones.
- Actualizar y practicar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, con especial énfasis en las medidas a adoptar de forma aguda.

//// TH4.03

Dermatoscopia en consulta

A) Jueves, 14 de junio / 15.30-19.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 3 / Sala C3

B) Viernes, 15 de junio / 09.30-14.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 3 / Sala C3

Docentes:

Pedro Ángel Alcántara Muñoz

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador del GdT Cirugía Menor y Piel de SMUMFYC y secretario del GdT Cirugía Menor y Piel de la semFYC. Responsable docente de CS Jesús Marín Molina de Segura. Murcia.

Juan Francisco Menárguez Puche

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del GdT Cirugía y Piel y de MBE de la SMUMFYC. Tutor docente UD de Murcia. Doctor en Medicina y profesor asociado de la Facultad de Medicina de Murcia. Coordinador del CS Jesús Marín de Molina de Segura. Murcia.

Objetivos

General:

Realizar un aprendizaje específico para el uso de la dermatoscopia por el médico de familia en la consulta

Específicos:

- Iniciar el aprendizaje de la dermatoscopia básica y el método dermatoscópico de dos etapas.
- Identificar los patrones y criterios dermatoscópicos de las lesiones pigmentadas melanocíticas y no melanocíticas.
- Interpretar la regla de los tres puntos y la regla del ABCD dermatoscópico para reconocer las lesiones melanocíticas.
- Adquirir la habilidad en el uso del dermatoscopio realizando un entrenamiento estructurado.
- Aprender a realizar una fotografía dermatoscópica de las lesiones de piel.

//// TH4.04

Web 2.0 y otros recursos de internet: herramientas para la gestión del conocimiento científico

A) Jueves, 14 de junio / 09.30-14.00 h
CS Deusto. Planta 4 / Aula informática

B) Viernes, 15 de junio / 09.30-14.00 h
CS Deusto. Planta 4 / Aula informática

El taller se llevará a cabo en el Aula Informática de la Unidad de Investigación en AP de Bizkaia (CS Deusto): Luis Power, nº 18, 4ª planta. Bilbao)

Docentes:

Ernesto Barrera Linares

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Docente en cursos de Gestión de la información con nuevas herramientas de internet y participante en planes de formación de posgrado de diferentes instituciones y organizaciones.

Cruz Bartolomé Moreno

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Parque Goya.
UD de MFyC del Sector I. Zaragoza. Aragón.

Objetivos

General:

Proporcionar conocimientos y habilidades sobre las herramientas surgidas alrededor del nuevo concepto de uso de internet web 2.0 aplicadas a la docencia y la investigación, la gestión del conocimiento en ciencias de la salud.

Específicos:

- Facilitar el acceso y la gestión de la información:
Sindicación de contenidos (RSS): qué es y para qué sirve
Agregadores de RSS: qué son y para qué sirven. Netvibes y Google Reader.

- Mostrar páginas sanitarias que utilizan la sindicación de contenidos.
Redes sociales: qué son y para qué sirven. Enseñar una de ellas (Connotea).
- Aplicar herramientas para optimizar el intercambio de información y el trabajo colaborativo:
Elementos de trabajo compartido con las utilidades de Google: Google.
Docs, Google Sites y Google Groups.
Compartir archivos.
- Enseñar algunas de las posibilidades del navegador Mozilla Firefox: traducción de idiomas, trabajo con pestañas, gestión de bibliografía, personalización de la barra de buscadores, etc.

Encuentros con expertos y otras actividades

ENCUENTRO CON EXPERTOS 1 (INTERACTIVO)

Rol de la Atención Primaria en el consenso sobre el tratamiento al alta hospitalaria del paciente con hiperglucemia. Cuestiones prácticas

Miércoles, 13 de junio / 17.00 – 18.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A4

Ponentes:

Antonio Pérez Pérez

Director de Unidad, consultor 2, tutor de residentes. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Domingo Orozco Beltrán

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cabo Huertas. Alicante GdT de Diabetes de la semFYC

Patrocinado por: Sanofi

ENCUENTRO CON EXPERTOS 2

Dolor osteoarticular crónico (DOC): necesidad de nuevas estrategias

Miércoles, 13 de junio / 17.00 – 18.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A3

Moderador:

Alejandro Tejedor Varillas

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Coordinador GdT de Enfermedades Reumatológicas de la semFYC. Madrid

Ponentes y contenido

1. Cómo percibimos el dolor: ¿Por qué se cronifica?

Carlos Goicoechea García

Profesor Titular de Farmacología. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos

2. DOC: Podemos hablar de objetivos de control en el DOC. Como evaluarlo, medir resultados y trabajar con objetivos. Tamaño del efecto de las intervenciones

Jesús Tornado Molina

Jefe Servicio Reumatología Hospital Universitario de Guadalajara. Profesor asociado de Reumatología Universidad de Alcalá

3. DOC: ¿cómo, cuándo, con qué podemos tratar el DOC?

Juan Carlos Hermosa Hernán

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. GdT de Reumatología de la SoMaMFyC. GdT de Enfermedades Reumatológicas de la semFYC. Madrid

4. DOC: Alianzas con el paciente. Paciente activo/paciente experto. Estrategias

¿Qué podemos ofrecerle y qué podemos pedirle?

Francisco Vargas Negrín

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. GdT de Enfermedades Reumatológicas de la semFYC. Tenerife

Patrocinado por: MSD

ENCUENTRO CON EXPERTOS 3

Guía española para la EPOC: GesEPOC, un nuevo y necesario abordaje del paciente con EPOC

Miércoles, 13 de junio / 17.00 – 18.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A1

Moderador:

Agustín Martínez González

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Coordinador del GdT Respiratorio de OSATZEN

Ponente:

Jesús Molina París

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Coordinador del GdT de Enfermedades Respiratorias de la semFYC. Madrid.

Patrocinado por: Almirall

ENCUENTRO CON EXPERTOS 4

Objetivo C-LDL <70 mg/dl en diabéticos y coronarios ¿En España también?

Miércoles, 13 de junio / 15.30 – 17.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A1

Moderador:

José Antonio Quindimil Vázquez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Kuetto-Sestao. Tutor de la UD de Bizkaia. Coordinador del GdT Cardiovascular de OSATZEN

Ponentes y contenido:

1. C-LDL, 70mg/dl: dónde estamos hoy

Artemio Álvarez Cosmea

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

2. La coadministración como respuesta a los nuevos objetivos de las Guías EAS/ESC 2011

Iñaki Lekuona Goya

Especialista en Cardiología

3. Ezetimiba: experiencia clínica y evidencias en pacientes DM2 y/o coronarios

Antonio Ruiz García

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pinto. Madrid GdT Enfermedades Cardiovasculares de la SoMaMFyC

Patrocinado por: MSD

SESIÓN PRÁCTICA 1

Casos clínicos: prevención de ictus en la práctica real. Responsabilidad compartida del médico de familia y el cardiólogo

Miércoles, 13 de junio / 17.00 – 18.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 0 / Sala E

Ponentes:

José M.ª Lobos Bejarano

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Jazmín. Madrid. Coordinador del GdT de Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC

Fernando Arribas Ynsaurriaga

Unidad de Arritmias del Hospital 12 de octubre de Madrid. Sección de Electrofisiología y Arritmia de la Sociedad Española de Cardiología

Patrocinado por: Boehringer-Ingelheim

SESIÓN PRÁCTICA 2 (INTERACTIVA)

Dermatología en Atención Primaria

Jueves, 14 de junio / 12.00 – 14.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A4

Ponente:

Jesús Borbujo Martínez

Jefe de Servicio de dermatología del Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

Objetivos

General: mejorar los conocimientos en diagnóstico y terapéutica de diferentes enfermedades dermatológicas.

Específicos:

- Analizar las derivaciones de las patologías dermatológicas más prevalentes.
- Definir criterios de derivación en la patología dermatológica que se presenta.
- Definir la terapia con más evidencia científica en la patología dermatológica más prevalente.

Patrocinada por: Almirall

SESIÓN PRÁCTICA 3

Estrategias de insulinización

Jueves, 14 de junio / 15.30 – 17.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A2

Ponentes:

Jorge Navarro Pérez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salvador Pau. Valencia. GdT de Diabetes de la semFYC.

Josep Franch Nadal

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador del GedapS de la CAMFiC

Patrocinado por: Lilly

SESIÓN PRÁCTICA 4 (INTERACTIVA)

Inhaladores: viejos problemas, nuevas propuestas

Jueves, 14 de junio / 15.30 – 17.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A4

Ponentes:

Jesús Molina París

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador del GdT Enfermedades Respiratorias de la semFYC. Madrid.

Victor Bustamante Madariaga

Servicio de Neumología. Hospital de Basurto. Bilbao

Patrocinada por: Chiesi

SESIÓN PRÁCTICA 5 (INTERACTIVA)

Toma decisiones en osteoporosis

Jueves, 14 de junio / 17.30 – 19.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A2

Ponentes:

Fernando León Vázquez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Universitario San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón Madrid. GdT de Enfermedades Reumatológicas de semFYC.

Álvaro Pérez Martín

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Centro. Santander. Cantabria. GdT de Enfermedades Reumatológicas de la semFYC.

Francisco Javier Gallo Vallejo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín-Sur. Granada. GdT de Enfermedades Reumatológicas de la semFYC.

Resumen:

La osteoporosis es la enfermedad ósea más frecuente, que se caracteriza por un aumento de la fragilidad del hueso y mayor susceptibilidad a fracturas. La clave para disminuir estas últimas está en detectar a tiempo a las personas en riesgo de padecer una primera fractura, y en aquellos casos en que ya se ha producido, evitar las sucesivas con una adecuada prevención secundaria.

La historia clínica y la exploración son el primer paso para la valoración de los factores de riesgo de baja masa ósea y de fractura del paciente, pudiendo disponer de pruebas complementarias para afinar el diagnóstico, como la densitometría ósea o radiografías que confirmen la existencia de fracturas silentes. La herramienta FRAX® de la Organización Mundial de la Salud permite cuantificar el riesgo de fractura a 10 años, pero aún no está claro cuál debe ser el umbral de intervención farmacológica.

En este taller interactivo repasaremos a través de varios casos clínicos cuáles son los factores de riesgo de fractura y la utilidad de la aplicación del FRAX para la toma de decisiones. También se abordarán las recomendaciones higiénico-dietéticas, cuándo están indicados los suplementos de calcio, la vitamina D y los distintos fármacos disponibles, así como sus beneficios y efectos secundarios.

Patrocinada por: MSD

SESIÓN PRÁCTICA 6

Seguridad del paciente: uso seguro de genéricos

Jueves, 14 de junio / 17.30 – 19.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A1

Ponente:

María José Lázaro Gómez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Murcia-Infante. Murcia. GdT Seguridad del Paciente de la semFYC

Patrocinada por: Teva

SESIÓN PRÁCTICA 7

Control del paciente asmático: taller de manejo de los dispositivos de inhalación

Viernes, 15 de junio / 15.30 – 17.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A4

Docentes:

Jesús Molina París

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador del GdT de Enfermedades Respiratorias de la semFYC. Madrid.

Agustín Martínez González

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador del GdT Respiratorio de OSATZEN.

Patrocinada por: MSD

SESIÓN PRÁCTICA 8 (INTERACTIVA)

Del ECG al ecocardiograma: taller interactivo basado en casos clínicos

Viernes, 15 de junio / 15.30 – 17.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A1

Coordinadores:

Pedro Conthe Gutiérrez

Internista. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. Presidente de la SEMI.

José María Lobos Bejarano

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS. Jazmín. Madrid. Coordinador del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC.

Ponentes y contenido:

1. El ecocardiograma en la hipertensión arterial y la hipertrofia ventricular izquierda

Amparo Mena González

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Congrés; CAP Maragall. Barcelona. Miembro del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC y del Grup Malalties del Cor de la CAMFiC.

2. El ecocardiograma en la insuficiencia cardíaca

Mar Domingo Teixidó

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP San Roc. Badalona (Barcelona).

Miembro del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC y del Grup Malalties del Cor de la CAMFiC.

3. El ecocardiograma en la valoración de soplos y valvulopatías

Santiago Díaz Sánchez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Área 1 de Atención Primaria de Madrid. Miembro del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC.

Resumen

La electrocardiografía es una de las técnicas de uso habitual en Atención Primaria (AP), por lo que la formación en su correcta utilización es imprescindible para todos los médicos de AP. La ecocardiografía es una técnica de mayor precisión diagnóstica en la valoración o detección de distintas cardiopatías. Es una técnica indicada en la mayoría de pacientes con sospecha clínica/diagnóstico de valvulopatía, miocardiopatía, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, patología pericárdica y otras entidades cardiológicas comunes. A menudo la sospecha clínica inicial se realiza en AP por la presencia de síntomas o de un hallazgo clínico anormal (soplo, cardiomegalia, ECG anormal). La correlación ECG-ECO es variable, dependiendo de la cardiopatía y de su gravedad. La ecocardiografía, como técnica de imagen que permite la visualización del corazón y sus distintas cámaras de forma dinámica (hipertrofia, dilatación, contractilidad cardíaca, flujos, etc.), ayuda a la comprensión de las enfermedades cardíacas y la repercusión de entidades frecuentes como la hipertensión arterial (HTA) sobre el corazón. Aunque aún no es accesible al médico de AP en su mayoría, la adecuada interpretación del informe del ecocardiograma, el conocimiento de sus indicaciones y limitaciones, es necesario para la práctica clínica del médico de familia.

Patrocinado por: Almirall

SESIÓN PRÁCTICA 9

Interpretación básica del fondo de ojo: lesiones básicas

Viernes, 15 de junio / 15.30 – 17.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A2

Ponente:

Ramon Sagarra Álamo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Reus 1. CAP Sant Pere.

Patrocinada por: Novartis

Comunicaciones orales

Sesión oral 1 – Cardiovascular (I)	86
Enfermedad cardiovascular / Factores de riesgo cardiovascular	86
Sesión oral 2 – Cardiovascular (II)	91
Enfermedad cardiovascular / Factores de riesgo cardiovascular	91
Anticoagulación / Antiagregación	92
Hipertensión arterial	93
Neurología / Cerebrovascular	95
Sesión oral 3 – Atención a poblaciones especiales..	95
Atención a la mujer / Embarazo	95
Atención al adolescente	96
Atención al anciano	96
Sesión oral 4 – Enfermedades infecciosas / Enfermedades respiratorias / Tabaquismo.....	99
Enfermedad infecciosas.....	99
EPOC y enfermedades respiratorias	101
Tabaquismo	102
Sesión oral 5 – Docencia y calidad (I)	104
Docencia (experiencias docentes)	104
Validación de estudios	104
Gestión, atención y calidad asistencial	105
Sesión oral 6 – Docencia y calidad (II)	108
Gestión, atención y calidad asistencial	108
Sesión oral 7 – Miscelánea (I)	111
Otros / Miscelánea	111
Sesión oral 8 – Miscelánea (II)	115
Medicamentos / Medicina alternativa	115
Medicina y medios de comunicación.....	115
Salud mental / <i>Burnout</i>	116
Violencia doméstica	117
Sesión oral 9 – Medicina interna y especialidades (I)	118
Cáncer	118
Diabetes y síndrome metabólico	119
Osteoporosis / Aparato locomotor	122
Sesión oral 10 – Medicina interna y especialidades (II)	122
Digestivo	122
Dislipemias / Nutrición / Obesidad	123
Enfermedad renal	125
Urgencias	126
Sesión: Mejores comunicaciones orales	127

SESIÓN ORAL 1 – CARDIOVASCULAR (I)

Jueves, 14 de junio / 09.30-11.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A3.1

Enfermedad cardiovascular / Factores de riesgo cardiovascular

/// ID 180

¿Nuestros diabéticos gitanos tienen peor control de factores de riesgo cardiovascular?

Ramírez Robles R, Hernández Pérez de La Blanca M, Rébora Mariano T, Berná Guisado C, Vides Batanero M, Castro Gómez J

CS de Almajaya. Granada. Andalucía
Correo electrónico: rakerl2@hotmail.com

Objetivos. Evaluar el control metabólico y de factores de riesgo cardiovascular en diabéticos tipo 2 según etnia gitana (G) y no gitana (NG).

Material y métodos.

– Diseño: descriptivo transversal.

– Ámbito: Atención Primaria, urbano, zona transformación social.

– Población: de 1.584 diabéticos de dos centros de salud, se eligieron la totalidad de los pacientes gitanos (220) y 230 no gitanos mediante muestreo sistemático ($K = 6$); muestra: 450 (beta 80 %, nc 95 %, diferencia 15 %), pérdidas 14.

– Mediciones: de la historia clínica informática, laboratorio de referencia y encuestas telefónicas se recabaron datos sociodemográficos, perfil de diabetes, complicaciones cardiovasculares y control de riesgo cardiovascular (RCV-Framingham).

– Análisis: estrategia univariante y bivariante (t de Student, análisis de la varianza y ji al cuadrado); considerando etnia variable independiente.

– Limitaciones: posible infradiagnóstico, infrarregistro de variables, sobrevaloración del RCV de Framingham, recogida de datos por diferentes profesionales, identificación étnica errónea.

– Aspectos ético-legales: se salvaguarda la confidencialidad mediante un número de registro.

Resultados. La edad promedio de los diabéticos gitanos fue 60,36 años frente a 66,4 en no gitanos ($p < 0,005$) con igual tiempo de diagnóstico (media 7,63 años; $p = 0,96$).

El 68 % de diabéticos mostró $HbA1c > 7$ g/dl y/o $cLDL > 100$ sin diferencias por etnias ($p = 0,61$, $p = 0,38$ respectivamente). Sin embargo, los gitanos respecto a los NG mostraron mayor IMC (34 frente a 32; $p = 0,004$), hipertrigliceridemia (70,4 % frente a 56,4 %; $p = 0,003$), mal control c-HDL (80,4 % frente a 59,4 %; $p = 0,000$), tabaquismo (30,5 % frente a 18,6 %; $p = 0,004$) y mayor diagnóstico de hipertensión arterial (HTA: 78,6 % frente a 70,5 %; $p = 0,05$).

Aunque la ocurrencia de complicaciones cardiovasculares fue superior en gitanos (56,7 % frente a 47,8 %; $p = 0,07$) el RCV no mostró diferencias (RCV > 20 en 42,3 % frente a 37,9 %; $p = 0,38$).

Conclusión. En nuestra población observamos mal control diabético (70 %). En este contexto, nuestro estudio muestra a la etnia gitana como un subgrupo especialmente vulnera-

ble, pues se objetiva mayor prevalencia de tabaquismo, HTA, obesidad y peores cifras de c-HDL y triglicéridos. Además presentan una media de edad menor sin encontrar diferencias en los años de diagnóstico.

Pretendemos ampliar este estudio a otros grupos de población de diferentes zonas geográficas para contrastar resultados.

//// ID 217

Validez del esfigomanómetro automático y la pulsioximetría para el cribado de arteriopatía periférica en diabetes asintomáticos

Azaga Amondarain A, Arrieta Bernaras M, Daza Asumendi P, Ganzarain Gorosabel R, Aguirrezabala Telleria J, Narvaiza Igarzabal L

Osi Bajo Deva. Mendaro. País Vasco

Correo electrónico: jmmartinez@ziz@gmail.com

Objetivos. Conocer la validez de la medición del índice tobillo-brazo (ITB) mediante esfigomanómetro automático y pulsioximetría para el cribado de arteriopatía periférica (APF) en diabéticos sin clínica de claudicación intermitente.

Material y métodos. Estudio transversal de pruebas diagnósticas, en que la medición del ITB con esfigomanómetro automático y la pulsioximetría son las pruebas en estudio y el Doppler manual el *gold standard* de referencia.

Ámbito: Atención Primaria.

Sujetos: 375 pacientes diabéticos (750 extremidades) diagnosticados de dos centros de salud seleccionados aleatoriamente.

Intervenciones: un primer médico de familia determinó el ITB izquierdo y derecho de cada paciente por medio del esfigomanómetro automático OMRON-M6 y la saturación de oxígeno en el segundo dedo de ambos pies y manos en decúbito supino y con las extremidades inferiores elevadas 30 cm, y un segundo médico, previamente formado, determinó el ITB por medio de Doppler con sonda de 8 mm, de forma que ninguno conocía los resultados obtenidos por el otro. Se consideró que presentaban APF con el Doppler y esfigomanómetro cuando el ITB era $< 0,9$ y con oximetría si en el pie era 2 décimas menor que en la mano o al elevar la pierna descendía 2 puntos.

Resultados. De los 375 pacientes, el 57 % eran varones. Edad media 69 años (DE: 9,3). Un 25 % presentaban APF. La sensibilidad del esfigomanómetro fue de un 24 % con una especificidad del 94 %. La razón de probabilidad positiva fue de 3,97 y la negativa de 0,81; el valor predictivo positivo 47 % y el negativo 85 %. La sensibilidad para la pulsioximetría en decúbito fue del 1 % y la especificidad del 10 %. A la elevación de la pierna, la sensibilidad fue del 15 % y la especificidad del 98 %.

Conclusión. Ni el esfigomanómetro automático ni la pulsioximetría son válidos para el cribado de la arteriopatía periférica en pacientes diabéticos asintomáticos.

//// ID 293

Características de los pacientes con patrón no *dipper* en una serie de 226 individuos sometidos a monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) en un centro de salud

Méndez Guillamet J, Fe Pascual A, Tamborero Cao G, Miró Viamonte E, Sánchez Bueno V, Tamayo Gegundez A

CS del Coll d'en Rebassa. GAP de Mallorca. Ib-Salut.

Palma de Mallorca. Illes Balears

Correo electrónico: gtamborero@terra.es

Objetivos. Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con patrón no *dipper* detectados en una serie de 226 individuos sometidos a monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) en un centro de salud.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo transversal que, a lo largo de 5 años (2007-2011), incluyó a 226 pacientes con sospecha o diagnóstico de hipertensión arterial y a los que se les indicó una monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) de 24 horas. Ámbito: Atención Primaria de Mallorca.

VARIABLES analizadas: edad, sexo, antecedentes personales y factores de riesgo (FR) de enfermedad cardiovascular (CV), riesgo CV (Regicor), parámetros tensionales (TAS/TAD, patrón *dipper*, no *dipper* o *riser*), además de profesional solicitante, motivo de solicitud, validez de la MAPA y evolución temporal de las solicitudes.

Resultados. La totalidad de los sujetos incluidos en el estudio fue de 226, de los que presentaron un patrón tensional *dipper* el 53,7 %, no *dipper* el 42,3 % y *riser* el 4 %. Al comparar las características de los pacientes no *dipper* ($n = 85$) con los *dipper* ($n = 112$), observamos que en los primeros predominan los varones (57,6 % frente a 51,9 %), con una edad media mayor (61,1 frente a 59,2 años), cifras de PA más elevadas (130,5/74,8 mmHg. frente a 127,8/73,4 mmHg), un riesgo CV (Regicor) más alto (6,2 % frente a 5,9 %) y con un porcentaje de antecedentes de enfermedad cardiovascular previa superior (11,8 % frente a 8,3 %), si bien estas diferencias observadas entre los pacientes con patrón *dipper* y no *dipper* no alcanzó significación estadística, probablemente motivado por el relativamente escaso número de efectivos analizados.

Conclusión. En Atención Primaria, la detección de los patrones tensionales no *dipper* mediante la realización de la MAPA puede ser una herramienta de enorme utilidad para racionalizar la atención a este grupo de pacientes de alto riesgo CV, especialmente en cuanto a actuaciones cronoterapéuticas.

//// ID 333

Eficacia de un programa de ejercicio prescrito desde Atención Primaria para mejorar la condición física en pacientes de riesgo cardiovascular

Gil Pérez T, Menárguez Puche J, Mayol Villescas M, Jiménez Martínez M, Fernández Garrido D, Vives Hernández J

CS Profesor Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia

Correo electrónico: trigilpe@gmail.com

Objetivos. Valorar la eficacia de un programa de ejercicio sobre la condición física de pacientes con factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Material y métodos. Se estudiaron 139 pacientes (35-65 años) procedentes de dos centros de salud. Criterios de inclusión: presencia de dos o más FRCV (hipertensión, alteraciones lipídicas, sobrepeso, tabaquismo) y estilo de vida sedentario.

El programa ACTIVA constaba de 30 sesiones (durante 10 semanas) de entrenamiento en fuerza, flexibilidad y resistencia aeróbica. Fue diseñado y dirigido por licenciados en Actividad Física asesorados médicamente. Se desarrollaron sesiones en instalaciones deportivas municipales.

Para medir condición física se utilizaron al inicio y final del programa los test Rockport (resistencia aerobia), ball launching medicinal (fuerza) y Wells (flexibilidad).

Análisis mediante test T de Student apareado y correlación lineal.

Resultados. Edad media = 50,9 ± 8,8 años (61,4 % mujeres). Al inicio del programa, las personas de más edad tenían menos fuerza y resistencia aerobia, pero su flexibilidad era similar a la de los más jóvenes. Los varones tenían más fuerza y mejor condición aerobia ($p < 0,0001$) pero menos flexibilidad que las mujeres ($p < 0,001$).

Al comparar los resultados del inicio y fin del programa, la condición física del 68,7 % de los pacientes mejoró en fuerza, pasando el lanzamiento desde una media de 5,18 ± 1,31 a 5,54 ± 1,27 m ($p < 0,001$). La flexibilidad del 71,1 % de los pacientes aumentó desde -3,48 ± 8,62 a 0,12 ± 8,06 cm ($p < 0,001$).

En relación con la resistencia aerobia, el nivel de VO_2 máx del 55,4 % de los pacientes mejoró desde una media de 30,43 ± 7,95 ml/(kg×min) al inicio a 32,30 ± 6,68 ml/(kg×min) al final del programa ($p < 0,01$). Mejoraron simultáneamente las tres dimensiones de condición física en el 34,9 % de los pacientes.

Al comparar los resultados de varones y mujeres se comprobó que la condición física mejoró en sus tres dimensiones de manera similar.

Conclusión. Los resultados mostraron la eficacia del programa, con mejoras en la condición física en sus tres dimensiones. La condición física mejoró en ambos géneros.

//// ID 385

Grosor de la íntima media común y presencia de placas carotídeas en pacientes con diabetes tipo 2 sin eventos cardiovasculares asociados. Comparación con la población sana y asociación con parámetros clínicos Catalán Adell M, Ortega Martínez de Victoria E, Sisó Almirall A, Herreras Pérez Z, García Planas N, Goicoa Gago C

CAP Casanova; CAP Borrell. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: catalan@climic.ub.es

Objetivos. Investigar las diferencias en el GIMC (grosor de íntima media carotídea) y la presencia de PC (placa carotídea) entre sujetos con DM2 (diabetes mellitus tipo 2) sin ECV (enfermedad cardiovascular) y la población sana.

Valorar la correlación REGICOR (Registre Gironí del Cor) y UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) con el GIMC y con la presencia de lesión vascular.

Investigar si existen diferencias entre el GIMC y el control metabólico.

Material y métodos. Estudio descriptivo observacional. Se reclutaron 34 pacientes con DM2 sin ECV. Se determinó el GIMC, la presencia de PC y lesión vascular ($GIMC > 0$, 90 y/o PC) mediante ecografía carotídea. Se registraron variables clínicas y analíticas. Se calculó el REGICOR y UKPDS. Se utilizaron pruebas de ji al cuadrado o Fisher, t de Student, análisis de correlación de Spearman, de la varianza, regresión simple y múltiple y parámetros de validación, considerando significación estadística $p < 0,05$.

Resultados. El 55 % de los sujetos presentaron un GIMC superior al percentil 75 de la población sana. Un 73 % presentó PC. El GIMC se asoció positivamente con la edad ($r =$

0,59, $p < 0,001$). REGICOR ($r = 0,41$, $p = 0,02$) y UKPDS ($r = 0,46$, $p = 0,006$) se correlacionaron con el valor del GIMC. UKPDS ($p = 0,04$), pero no REGICOR ($p = 0,1$), se asoció con lesión vascular. Un 62 % de pacientes identificados como de RCV bajo por UKPDS presentaban lesión vascular. No encontramos diferencias en el GIMC o PC en función del grado de control metabólico.

Conclusión. Los pacientes con DM2 sin ECV tienen un GIMC superior al de la población sana, así como presencia de PC en un porcentaje elevado. REGICOR y UKPDS se correlacionaron con el valor del GIMC. UKPDS identificó mejor a los pacientes con lesión vascular. La ecografía carotídea puede ayudar a definir mejor el RCV en sujetos con DM2 considerados de bajo riesgo para así adecuar el tratamiento a su riesgo real.

//// ID 388

Cribado de aneurisma de aorta abdominal y ateromatosis de aorta abdominal en población española de riesgo utilizando ecografía miniaturizada Sisó Almirall A, Bru Saumell C, Gilabert Solé R, Adriyanov Kostov B, Sebastián Montal L, Benavent Areu J

CS Les Corts (Capse) y Hospital Clínic de Barcelona; Unidad de Investigación Capse, Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (Idibaps); Universitat de Barcelona. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: asiso@climic.ub.es

Objetivos. Determinar la prevalencia de aneurisma de aorta abdominal (AAA) y ateromatosis de aorta abdominal (At-AA) mediante ecografía de bolsillo (miniaturizada) en población de riesgo en Atención Primaria y correlacionar los resultados con la presencia de factores de riesgo cardiovascular y enfermedad cardiovascular (ECV) establecida.

Material y métodos. Estudio descriptivo con seguimiento prospectivo de una cohorte de pacientes atendidos en su centro de salud. Criterios de inclusión: varones mayores de 50 años fumadores, exfumadores o hipertensos. Los pacientes incluidos fueron sometidos a ecografía de bolsillo (dispositivo VScan, tamaño 135 x 73 x 28 mm, peso 390 g, rango de frecuencias 1,7 a 3,8 MHz). Medidas estandarizadas: transversal epigástrica, transversal prebifurcación iliaca y longitudinal. Un médico de familia (MF) fue instruido por medio de un programa formativo acreditado en ecografía abdominal. Los resultados fueron evaluados por un radiólogo experto para determinar la concordancia diagnóstica con el médico de familia.

Resultados. Se incluyeron 106 varones, con edad media de 68,9 ± 7,6 años; 17 (16 %) eran fumadores activos, 51 (48,1 %) exfumadores y 87 (82,1 %) hipertensos. Se observaron 6 casos de AAA (5,9 %) cuya edad media era 78,6 ± 9,7, y de estos, 4 eran activos. Solamente 1 caso ha sido intervenido (sin complicaciones), 3 casos son tributarios de seguimiento ecográfico y en 2 casos se ha desestimado la cirugía por comorbilidad grave. En 63/101 (62,4 %) se observó At-AA: en el análisis de regresión logística demostraron ser predictores independientes de At-AA la diabetes mellitus (OR 3,35) y la hipercolesterolemia (OR 2,61). La concordancia entre el MF y el radiólogo fue absoluta para diagnosticar AAA (Kappa = 1,0) y moderada para At-AA (Kappa = 0,43). La sensibilidad y especificidad del MF para detectar AAA fueron del 100 % y del 100 %, respectivamente.

te, y para detectar At-AA, fueron del 89,7 % y 57,1 %, respectivamente.

Conclusión. La detección precoz de AAA incorporando la ecografía en Atención Primaria puede cambiar la historia natural de la enfermedad. La determinación de At-AA puede ser un nuevo marcador de riesgo cardiovascular muy accesible y adicional a los ya conocidos.

//// ID 443

¿Nos acordamos del cociente albúmina/creatinina CAC?

Gil Terrón N, Freixes Villaró E, Cerain Herrero M, Salvador González B, Sanz H, Rodríguez Pascual M
ABS El Pla; ABS Can Vidalet; ABS Florida Sud; USR Costa Ponent; ABS Viladecans 2. Sant Feliu de Llobregat, Esplugues de Llobregat, L'Hospitalet de Llobregat, Viladecans. Cataluña
Correo electrónico: 33971mgt@comb.cat

Objetivos. Conocer el grado de seguimiento de las guías clínicas de diabetes mellitus (DM-GEDAPS-2010), hipertensión arterial (HTA-CAMFIC-2011) y de enfermedad renal crónica (ERC; documento SEN-SEMFYC-2007) en la solicitud del cociente albúmina/creatinina (CAC) anual en Atención Primaria.

Material y métodos. Diseño: estudio transversal.

Ámbito: 40 centros de salud con un único laboratorio de referencia (214.852 habitantes de 60 años o mayores).

Criterios de selección: todos los individuos con creatinina sérica solicitada en 2010. **Criterios de exclusión:** trasplante renal y atención domiciliaria.

Variables: datos demográficos y clínicos obtenidos de la historia clínica informatizada y datos de laboratorio del laboratorio clínico.

Análisis estadístico: bivariante y regresión logística binaria (variable respuesta: solicitud CAC).

Limitaciones: selección individuos atendidos con determinación creatinina.

Resultados. n = 97.560, 57,3 % mujeres, mediana edad 70,0 [Q1 = 65,0; Q3 = 77,0].

Diagnósticos concomitantes: HTA 59,5 %; DM 25,3 %; ERC (eFG < 60 según MDRD4-IDMS) 15 % y enfermedad cardiovascular (ECV: infarto miocardio o accidente cerebrovascular o arteriopatía periférica) 11,6 %.

Determinación CAC global 29 %. Por subgrupos: DM 56,3 %; HTA 36 %; ECV 37,6 %; ERC 35,2 %; no ERC 27,9 %.

Análisis de regresión logística binaria (odds ratio y intervalo de confianza 95 %): DM 4,79 (4,64-4,94), HTA 2,17 (2,10-2,25), registro diagnóstico insuficiencia renal (IR) 1,48 (1,39-1,58), ECV 1,13 (1,08-1,18), eFG < 60 1,02 (0,97-1,07), sexo masculino 1,12 (1,08-1,15), edad (incremento anual) 0,99 (0,99-0,99).

Conclusión.

- Bajo porcentaje de solicitud de CAC según las recomendaciones.
- Los principales factores asociados a mayor solicitud de CAC son DM, HTA y registro diagnóstico de IR (y no la presencia de eFG < 60).
- La mayor solicitud en DM es atribuible a la existencia de:
 - protocolo específico de nefropatía diabética en petitorio de laboratorio.
 - mayor antigüedad en la recomendación de CAC anual.

– Para aumentar el porcentaje de solicitud de CAC sería necesario:

- Incrementar el grado de concienciación de los profesionales acerca de la necesidad de seguir las guías.
- Incorporar el CAC en los protocolos del laboratorio de estas patologías (HTA y ERC) para facilitar el trabajo de la consulta diaria.
- Registrar el diagnóstico de insuficiencia renal (IR).

//// ID 471

Actitudes y percepciones de los pacientes y médicos sobre los riesgos y beneficios del tratamiento anticoagulante oral: una revisión sistemática cualitativa
Sant Arderiu E, Enfadaque Montes M, Mas Dalmau G, Solà Arnau I, Alonso Coello P

Centro Cochrane Iberoamericano-Iiib Sant Pau. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: gemmasda@gmail.com

Objetivo. Revisión sistemática (RS) de estudios cualitativos acerca de las actitudes y percepciones de los médicos y pacientes en los riesgos y beneficios del tratamiento anticoagulante oral (AO).

Pacientes y métodos. Realizamos una búsqueda exhaustiva en Medline, Embase, PsycINFO e ISI Web of Knowledge. Dos autores, de forma independiente, seleccionaron los estudios que se iban a incluir y evaluaron su calidad metodológica mediante la herramienta CASPe. Los estudios incluidos se leyeron y relevaron hasta que no se identificaron más temas ni categorías y los resultados se analizaron mediante el enfoque de la síntesis narrativa.

Resultados. Incluimos en la RS ocho estudios que revelaron los temas que presentamos a continuación sobre las percepciones del tratamiento AO. Entre los temas comunes en médicos y pacientes destacamos: el balance riesgo-beneficio del tratamiento AO; roles y responsabilidades; información al paciente; evidencia frente a experiencia; vigilancia y seguridad. Entre los médicos, además, surgió como tema principal la toma de decisiones (incertidumbres, información y herramientas; toma de decisiones centrada en el paciente frente a la centrada en la enfermedad; comunicación hospital-Atención Primaria). Asimismo, entre los pacientes afloraron temas acerca de la comprensión de la información; preocupaciones y miedos sobre el manejo del tratamiento. Los resultados se presentarán de manera más detallada en el Congreso.

Conclusión. Los resultados de la RS muestran que algunos de los motivos de la infrautilización de los AO podrían estar relacionados con dificultades comunes de la práctica clínica, las cuales, al tratarse de un tratamiento complejo, adquieren mayor trascendencia. Médicos y pacientes coinciden en ciertos aspectos de la práctica que deberían modificarse, en algunas ocasiones mostrando puntos de vista complementarios y en otros expresando discrepancias.

//// ID 548

Estudio de cohortes retrospectivo que analiza la incidencia de la enfermedad cardiovascular de los pacientes con trastornos psicóticos y sus factores asociados

Castillo M, Riera I, Armengol L, Maza González U, Berges Raso I, Cuní M, López Gómez L
CS Raval Nord; CS Raval Sud; CS Gòtic. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: ursulamazag8@gmail.com

Objetivos. Comparar la incidencia de eventos cardiovasculares (ECV) entre los pacientes con trastornos psicóticos (PTP) y la población general (PG).

Material y métodos. Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes diagnosticados de trastorno psicótico o en tratamiento antipsicótico (n = 90.411) frente a PG (n = 180.822, 2 PG por cada PTP). Se incluyen pacientes mayores de 18 años atendidos al menos una vez entre 2006 y 2010 en Atención Primaria en una comunidad autónoma, que no hayan presentado previamente un ECV ni demencia o vértigos. Variables: fecha de inicio y fin de seguimiento (presentación de ECV o fin de período), visitas, edad, sexo, consumo de tóxicos, diabetes mellitus (DM), HTA, obesidad, dislipemia, tabaquismo. Se recogen los datos de la historia clínica informatizada. Análisis bivariante con comparación de proporciones para las variables categóricas y diferencia de medias para las cuantitativas con un intervalo de confianza del 95 %. Análisis de supervivencia multivariante.

Resultados. Los PTP/PG fueron seguidos un promedio de 3,28/4,85 años. La edad media de los PTP/PG era de 55,7/44,4 años; 53,2%/51,6 % eran mujeres, y se visitaban de promedio 33,2/18,7 veces. Presentaban un 6,2%/2,3 % de consumo de alcohol; 1,0%/0,2 % de cannabis; 2,1%/0,2 % de cocaína, y 2,0%/0,2 % de politoxicomanías. Los hipertensos son un 29,8%/21,1 %. Había un 14,7%/7,8 % de diabéticos. El 23,9%/19,0 % presentaban obesidad y el 25,2%/19,7 % dislipemia. El 30,8%/25,4 % eran fumadores. Todas las comparaciones fueron estadísticamente significativas. La incidencia anual de ECV por 1.000 pacientes fue de 9,69/5,11. La *hazard ratio* (HR) cruda fue de 1,87 (IC 95 %, 1,79-1,96) y ajustada fue de 1,03 (IC 95 % 0,98-1,08); los factores mayor edad, más visitas, sexo masculino, HTA, DM, obesidad (protectora), dislipemia y tabaquismo presentaron HR significativas.

Conclusión. Tener un trastorno psicótico no implica mayor incidencia de ECV; son el resto de los factores de riesgo los responsables del aumento de incidencia de ECV.

//// ID 558

Fibrilación auricular, ¿la diagnosticamos a tiempo?

Escobedo Espinosa F, Tejero López P, Díaz Barroso, Jiménez Baya T, Marconcini C, Vivanco M

Llefià. Badalona. Cataluña

Correo electrónico: esconosa@yahoo.es

Objetivos. Describir las características de los pacientes con fibrilación auricular que han presentado un ictus isquémico.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio: centro de salud urbano de 37.0000 habitantes.

Población de estudio: todos los pacientes diagnosticados de ictus isquémico entre los años 2005-2009 (n = 173).

Variables: sexo, edad, ictus previo (antes de 2005), factores de riesgo cardiovascular (FRCV), antecedente de fibrilación auricular (FA), tipo de ictus, secuelas.

Fuente de datos: historia clínica informatizada; informes de alta hospitalarios.

Análisis de datos: cálculo de porcentajes de variables categóricas; media y DE de variables continuas. Prueba ji al cuadrado para comparar porcentajes.

Resultados. Pacientes con ictus n = 173. 58 % varones; 42 % mujeres. Edad media: 72,5 años.

El FRCV más frecuente fue HTA: 67,6 %. El 12,9 % (n = 33) de los pacientes tenían antecedente de FA antes del ictus. El 9,2 % (n = 16) presentaban diagnóstico de ictus previo.

Tipo de ictus: 29,8 % lacunar; 23 % cardioembólico; 18,6 % indeterminado; 18 % aterotrombótico; 8,1 % hallazgo casual; 2,5 % causa inhabitual.

El 23 % (n = 37) de los ictus fueron cardioembólicos; de ellos, el 75,7 % (n = 28) ya habían sido diagnosticados previamente de fibrilación auricular y el 24,3 % (n = 9) se diagnosticaron de FA en el momento de presentar el ictus.

Los pacientes con FA tenían el mismo perfil de FRCV que el resto. De los pacientes que tenían FA, el 15,2 % habían presentado previamente otro ictus, frente al 7,8 % de los que no tenían FA.

El 70,6 % de los pacientes con ictus cardioembólico presentaron secuelas motoras, frente al 47 % con ictus no cardioembólicos. Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,015$).

Conclusión. En el 25 % de pacientes con ictus cardioembólico se realizó el diagnóstico de fibrilación auricular en el momento de presentar el ictus.

Los pacientes con ictus cardioembólico presentan más secuelas motoras que el resto.

En los pacientes con ictus y antecedente de fibrilación auricular, el diagnóstico de ictus previo es dos veces más frecuente que en los que no tenían fibrilación auricular.

//// ID 568

Valoración de un programa de ejercicio físico en pacientes con riesgo cardiovascular desde la perspectiva de los pacientes

Pérez Valero I, Fernández Garrido D, Mayol Villescas M, Povzun P, Martínez Rocamora M, Soler Torroja M

CS Profesor Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia

Correo electrónico: valeroip@hotmail.com

Objetivos. Evaluar desde una perspectiva subjetiva un programa de prescripción de ejercicio físico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Material y métodos. Criterios de inclusión de pacientes: edad 35-65 años, sedentarismo y presencia de dos o más FRCV. Derivación desde dos centros de salud de un municipio. El programa fue dirigido por monitores licenciados y duró 30 sesiones (10 semanas).

Se valoró el programa mediante un cuestionario autoadministrado realizado a su finalización. Estuvo compuesto por preguntas abiertas y cerradas (escala Likert, rango puntuación = 1-4).

Se realizó un estudio descriptivo sobre los 437 pacientes que iniciaron el programa.

Variables dependientes: percepción de mejora en condición física, mejora en estado de ánimo, previsión de continuidad del ejercicio.

Variables independientes: género y edad.

Análisis mediante ji al cuadrado, t de Student y correlación de Pearson.

Resultados. Contestaron 170 pacientes, que representaban el 38,9 % de los que empezaron y el 59,4 % de los que asistieron a más de 2/3 de las sesiones. Edad media: 50,8 ± 8,8 años. El 61 % eran mujeres.

La percepción de mejora en la condición física tuvo un valor medio de 3,32 ± 0,58, similar en varones y mujeres y sin relación con la edad. El 93,8 % percibió mucha o bastante mejoría.

La media en mejora del estado de ánimo fue $3,37 \pm 0,63$, superior en mujeres que en varones ($3,47 \pm 0,62$ frente a $3,23 \pm 0,61$, $p < 0,05$) y en pacientes mayores ($p < 0,05$). En 92,7 % de los casos, el estado de ánimo mejoró mucho o bastante.

Los principales motivos alegados para faltar a las sesiones fueron: enfermedad (44,1 %) y familiares (14,7 %).

El 58 % de los pacientes aseguraron que continuarían haciendo ejercicio en los siguientes 6 meses.

Conclusión. El programa consigue una percepción de mejora muy elevada y estimula a continuar practicando ejercicio. El probable sesgo debido a la baja tasa de contestaciones, coincidente con los que finalizan el programa, obliga a recoger en próximos grupos también la valoración de los que abandonan.

SESIÓN ORAL 2 – CARDIOVASCULAR (II)

Jueves, 14 de junio / 12.00-14.00 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A3.1

Enfermedad cardiovascular / Factores de riesgo cardiovascular

/// ID 667

Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en prevención secundaria por enfermedad cardiovascular

Huarte Labiano I, Brugos Larumbe A, Navarro González D, Goñi Esarte M, Robles Salas A, Hervas Angulo A
CS San Jorge; Consultorio de Arre. Pamplona. Navarra
Correo electrónico: irantzuland@gmail.com

Objetivos. Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con enfermedad cardiovascular o diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

Material y métodos. Estudio descriptivo trasversal, con pacientes de dos centros de salud, uno urbano y el otro semi-rural. Se identifican, mediante códigos CIAP de la historia informatizada, a pacientes susceptibles de prevención secundaria de enfermedad cardiovascular con diagnóstico de DM 2 o evento cardiovascular.

Criterios de inclusión:

- DM2
- Cardiopatía isquémica
- Enfermedad cerebrovascular
- Arteriopatía periférica

Criterios de exclusión

- Afectación cognitiva importante
- Desplazados
- Enfermedad grave terminal.
- Negativa a participar

Se incluyeron 376 pacientes; 74 se negaron a participar o no acudieron a la entrevista, por lo que quedó finalmente una muestra de 302 pacientes.

El cuestionario constaba de: explicación de objetivos y solitud del consentimiento; datos generales como edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico y estudios; escala Euroqol 5D (EQ-5D) de medición genérica de CVRS; ítems relativos a percepción de salud.

Mediante programa SPSS versión 17.0, se realizó el análisis descriptivo univariante.

Es una muestra muy local, lo que va a ser la principal limitación.

Resultados. Muestra de 174 varones (57,6 %) y 128 mujeres (42,4 %). La edad media de los varones era $66,6 \pm 9,8$ y de las mujeres, $69,3 \pm 10,9$.

El porcentaje de personas que declararon tener algún problema en las dimensiones del EQ-5D fueron: movilidad: 48 % (IC 95 %: 42,3-53,8) (población navarra mayor de 65 años [PN] 31,3 %); cuidado personal: 12,6 % (IC 95 %: 9,2-17) (PN: 9,7 %); actividades cotidianas: 23,8 % (IC 95 %: 19,1-29 %) (PN: 20,7 %); dolor/malestar: 55,6 % (IC 95 %: 49,8-61,3) (PN: 38,3 %); ansiedad/depresión: 38,1 % (IC 95 %: 32,6-43,8) (PN: 16,2 %).

La media de puntuación en la escala analógica visual (EVA) fue de 63,7 (DE: 20,7) (PN: 70).

Conclusión. Este trabajo aumenta la evidencia de que la DM2 y la enfermedad cardiovascular se relacionan con una peor percepción de la CVRS. El impacto de determinadas enfermedades no puede ser medido únicamente mediante la cuantificación de parámetros clínicos objetivos. Sería conveniente que los estudios futuros tuvieran en cuenta un abordaje integral de estos pacientes para valorar de forma más precisa su mejor manejo.

/// ID 714

Enfermedad renal crónica: un factor de riesgo cardiovascular que se ha de tener en cuenta

Ortiz Domínguez L, Bidabehera A, Mínguez Sorio P, Gómez Navarro R
CS Teruel Ensanche y Teruel Rural. Teruel. Aragón
Correo electrónico: l.ortiz.dguez@gmail.com

Objetivos. La enfermedad renal crónica (ERC) determina un aumento del riesgo de aparición de eventos cardiovasculares. Los objetivos de este trabajo son: estadiar la función renal en pacientes dislipémicos; evaluar el cumplimiento de los objetivos de control de los pacientes que son diagnosticados de ERC y determinar el porcentaje de ERC oculta.

Material y métodos. Estudio descriptivo trasversal en pacientes dislipémicos. Calculamos el filtrado glomerular (FG) mediante la ecuación MDRD-4. Consideramos causa de excepción las circunstancias en las que no es adecuado determinar la función renal mediante esta ecuación. Para la interpretación y estadificación del resultado del FG utilizamos la clasificación de la NKF. Se determinaron también el colesterol HDL, el colesterol LDL y la presión arterial (PA) y se registró el tratamiento hipolipemiante prescrito. Se evaluó el cumplimiento de los objetivos de control para los pacientes con ERC según el documento de consenso sobre la ERC de SEN y semFYC. Determinamos el número de pacientes que presentaban ERC oculta.

Resultados. Se estudiaron 111 pacientes y se excluyeron 16, todos por índice de masa corporal (IMC) extremo. La población final estudiada fue de 95 pacientes (52,6 % mujeres) con edad media $70,8 \pm 11,4$. El 11,5 % (11 pacientes) cumplían criterios de ERC, tres de los cuales eran ERC oculta (27,2 %). Ninguno de ellos cumplían los objetivos de control de colesterol LDL, seis cumplían el de colesterol HDL. Ocho de ellos estaban en tratamiento farmacológico. Nueve tenían buen control de PA.

Conclusión. La ERC es frecuente en nuestros pacientes dislipémicos, al igual que la ERC oculta. El cumplimiento de los objetivos de control lipídico en ellos, a pesar del tratamiento farmacológico, es bajo.

/// ID 402

Caminar mejora el riesgo cardiovascular y la calidad de vida

Basora Gallisà T, Pedret Llaberia R, Anguera Perpiñá C, Vinuesa Fernández A, Timón Torres M, Silva A

ABS Reus 4, Reus 2 y Reus 3. Reus. Cataluña
Correo electrónico: tbasora.tarte.ics@gencat.cat

Objetivos de la experiencia. Evaluar la efectividad a corto y largo plazo de un programa de senderismo para fomentar la práctica de ejercicio físico regular y posterior adherencia en los centros de salud de una ciudad de 100.000 habitantes y así reducir los factores de riesgo cardiovascular y aumentar a calidad de vida.

Descripción de la experiencia. Estudio de intervención comunitaria antes-después.

Participantes: adultos mayores de 40 años usuarios de Atención Primaria. Caminatas grupales de 15-20 personas, 1 hora al día, 2 días semana, con una enfermera. Participación de septiembre a junio.

Características sociodemográficas, inicial y anualmente: tabaquismo, índice de masa corporal, perímetro abdominal, cifras de presión arterial, ansiedad o depresión, medicación habitual, perfil lipídico, hemoglobina glicosilada en diabéticos, test REGICOR, calidad de vida (SF-32), adherencia a la actividad física y escala de autoestima. Exclusión: incompatibilidad para actividad física moderada.

Evaluación de la intervención mediante pruebas estadísticas para medidas repetidas.

Conclusiones. Participación: 366 sujetos de 4 equipos de Atención Primaria, un 21 % varones y un 79 % mujeres con mediana de edad 65 años. Adherencia a la actividad física: un 21 % inicial, un 58,8 % anual y 41,2 % bianual. Mejora significativa ($p < 0,001$): presión arterial sistólica, IMC (índice de masa corporal), perímetro abdominal, colesterol total y LDL y REGICOR; y en las dimensiones de calidad de vida: funcionamiento físico ($p < 0,013$), dolor corporal ($p < 0,05$), vitalidad ($p < 0,01$), funcionamiento social ($p < 0,026$).

Aplicabilidad. Programa de fácil aplicabilidad. Mejoría de factores de riesgo cardiovascular medidos y de calidad de vida a corto término y de forma más continuada. Destaca el aumento de la adherencia al ejercicio físico.

Anticoagulación / Antiagregación

/// ID 43

Aplicación de las nuevas recomendaciones en la profilaxis tromboembólica en fibrilación auricular no valvular. Escala CHA2DS2VASc.

Férriz Villanueva G, Riera Nadal N, Montero Alcaraz J, Liste Salvador V, Rojas Blanc M, Vázquez GE

CAP Sagrada Família. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: gferriz@hotmail.com

Objetivos. Análisis de la indicación de profilaxis tromboembólica (IPT) con tratamiento anticoagulante oral (AO) en

paciente con fibrilación auricular no valvular (FA) sin AO (FAsAO). Valoración del cambio en la estratificación del riesgo tromboembólico (ERT) según las nuevas recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología (SEC).

Material y métodos. Diseño: Estudio descriptivo transversal. Emplazamiento: Dos centros de salud urbano (población adulta asignada, 46.856).

Participantes: Pacientes FAsAO

Mediciones principales: Variable principal: indicación TAO (ITAO); Variables secundarias: edad, sexo, factores riesgo cardiovascular (FRCV), patologías cardíacas (PC) u otras (P) asociadas a la FA, comorbilidad (C) que pudiera influir en la ITAO. Valoración profilaxis tromboembólica con antiagregantes (TAG)

Valoración ERT y su modificación según las clasificaciones propuestas por la SEC (CHADS2 y CHA2DS2VASc) y del riesgo de sangrado (ERSANG): clasificación HAS-BLED.

Resultados. 160 FAsAO (24,52 % del total FA). 53 % mujeres; edad media 76 ± 28 ;

Principales FRCV: 60,6 % HTA; 48 % enfermedad renal crónica (ERC); 45 % dislipemia;

IMC medio $27,3 \pm 9,6$, 60 % Buen control TA (TAS media: 128 ± 30 ; TAD media: 73 ± 18 %)

PC: HVE 20 %; cardiopatía isquémica 15 %

P: MPOC 19,35 %; hipotiroidismo 10,6 %

C: 25,6 % criterios de fragilidad (CF), 11,25 % demencia, 4,3 % caídas de repetición, 4,3 % ulcus o sangrado digestivo.

49,37 % seguimiento atención especializada. Tipos FA: 56,8 % permanente; 35 % persistente; 8,1 % paroxística.

51,25 % constaba en historia clínica ecocardiograma: 24,39 % normal (principal alteración: HVE 20 %).

TAG: 25 % ninguno (77,5 % mantenían ritmo sinusal [MRS]); 62,5 % AAS (50 % 100 mg/día)

ERT: CHADS2: bajo (0): 16,87 %; medio (1-2): 63,75 %; elevado (≥ 2): 19,37 %.

CHA2DS2VASc: bajo (0): 5 %; medio (1): 14,37 %; elevado (≥ 2): 80,62 %.

El 73,36 % de los FAsAO con bajo riesgo (CHADS2) y el 93,13 % con riesgo moderado (CHADS2), adquirieron la condición de tributarios a TAO (CHA2DS2VASc > 2 : riesgo elevado) al aplicar los nuevos criterios de estratificación.

ERSANG: HAS-BLED: bajo (0-2): 93,75 %; alto (≥ 3): 6,25 %.

ITAO: no ITAO: 7,5 %; dudosa: 10,62 % (41,17 % [MRS] y 58,82 % TAG).

Sí ITAO: 81,87 % (por contraindicación 16,79 %; negativa paciente 6,1 %; criterio médico 52,67 % [MRS: 52,17 % y CF: 46,37 %]). No constaba el motivo en el 25,19 %.

Conclusión. Con la aplicación de las nuevas guías para el manejo de la FA de la SEC, existe un claro aumento de pacientes tributarios a recibir TAO.

Desde Atención Primaria debemos tomar conciencia del riesgo tromboembólico de nuestros pacientes, revalorándolos de una forma global de acuerdo a las nuevas guías ESC.

/// ID 677

Pacientes anticoagulados con acenocumarol y el efecto del omeprazol sobre el INR (International Normalized Ratio)

Cuni M, Sánchez S, Castillo M, Riera L, Faenza V, Grau J

CS Raval Sud. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: 9498jmg@comb.cat

Objetivos. Evaluar el valor del International Normalized Ratio (INR) en pacientes tratados con acenocumarol y omeprazol u otros inhibidores de la bomba de protones (IBP) en la práctica clínica de Atención Primaria, así como las interacciones entre ambos tipos de fármacos.

Material y métodos. Estudio transversal con seguimiento longitudinal prospectivo de los pacientes durante 18 meses. Cinco áreas básicas de salud urbanas.

Se realizaron 3.280 mediciones de INR a 260 pacientes controlados en Atención Primaria que tomaron acenocumarol durante el período de seguimiento.

En cada paciente se recogió como información: edad, sexo, indicación del tratamiento con acenocumarol y las mediciones de INR. En cada medición de INR se registró información sobre la fecha de visita, valor del INR, dosis semanal de acenocumarol del mes anterior y actual, y del tratamiento con un IBP desde el último control.

Resultados. De los 260 pacientes tratados con acenocumarol al inicio del estudio, 126 (48,5 %) fueron tratados previamente con algún IBP. Tomaban omeprazol 96 pacientes, con una media del INR de 2,43. En 3 pacientes no se conocía el consumo de IBP previo y los 131 restantes no tomaban ningún IBP al principio del estudio. De los pacientes no tratados previamente con un IBP, a 52 se les introdujo algún IBP durante el período de seguimiento; en 47 casos, omeprazol; el 33 (70,2 %) tenían un INR en rango terapéutico antes de la introducción del omeprazol. Posteriormente a la introducción del omeprazol, 30 pacientes (90,9 %) continuaron dentro de rango terapéutico. Los valores medios del INR justo antes y después de su introducción fueron de 2,47 y 2,46 respectivamente ($p = 0,814$).

Conclusión. Hay un elevado porcentaje de pacientes tratados con acenocumarol y omeprazol de forma concomitante en la mayoría de las mediciones del INR dentro del objetivo terapéutico. Un elevado porcentaje mantiene un valor del INR entre 2-3 después de la introducción del omeprazol.

//// ID 350

Pautas automáticas: ¿facilitan o dificultan el cumplimiento en anticoagulación oral en ancianos?

Calvo Trujillo S, Miraut Martín E, Esparza Ortiz D, Ranz Granados N, Cuesta Valentín M, Blanco Lázaro MA

CS Dr. Trueta. Alcorcón. Madrid

Correo electrónico: scalvo@papps.org

Objetivos de la experiencia. Analizar la relación INR en pacientes anticoagulados fuera de rango con el tipo de pauta.

Descripción de la experiencia. Analizamos INR fuera de rango obtenidos durante 15 días de 4 consultas, sin cambios en alimentación o tratamientos. Pasamos una encuesta a 14 profesionales (8 médicos y 6 enfermeras) para ver si existían diferencias entre el tipo de pauta (manual o automática), grupo profesional, formación en anticoagulación y años de ejercicio. Los médicos cuentan todos con más de 10 años de ejercicio, un 50 % (4) con más de 20. El 100 % tiene formación específica en anticoagulación. El 87 % (7) utiliza un protocolo informatizado para realizar la pauta. El 87 % (7) utiliza indistintamente la pauta automática o manual.

El 100 % de enfermería tiene más de 20 años de ejercicio, el 100 % contesta no haber recibido formación específica; el 100 % utiliza el programa informáticos y solo pautas automáticas.

De los 19 pacientes con INR fuera de rango, sin cambios en alimentación o tratamientos habituales, el 58 % eran varones (11). La edad media era de 70 años. El intervalo estaba en 95 % (18) entre 2 y 3, y la patología mayoritaria fue fibrilación auricular. El 68 % (13) estaba por encima de 3. El 79 % (15) de las pautas son realizadas por medicina. El 74 % (14) de las pautas automáticas tenían los comprimidos fraccionados y el 21 % (4) las realizó enfermería.

Conclusiones. Las pautas automáticas fraccionan más los comprimidos; fueron las más usadas y tenían INR fuera de rango.

Las pautas más fraccionadas las realizó personal de enfermería sin formación específica.

Aplicabilidad. Algunos médicos realizaron la experiencia de disminuir manualmente el fraccionamiento de los comprimidos, lo que mejoró el INR en sus pacientes.

Se organizará un taller formativo para adecuar nuestras pautas y mejorar el INR, a fin de evitar el fraccionamiento en personas mayores.

Hipertensión arterial

//// ID 247

Monitorización de la presión arterial de 1 hora frente a la monitorización ambulatoria de la presión arterial de 24 horas en subpoblaciones de pacientes hipertensos

Mas Heredia M, Molés Moliner E, Adriyanov Kostov B, González De Paz L, Sebastián Montal L, Sisó Almirall A

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: minervammh@gmail.com

Objetivos. Recientemente el NICE británico ha establecido que la monitorización ambulatoria de la presión arterial (PA) de 24 horas (MAPA-24h) es el método más fiable para el diagnóstico y seguimiento de la HTA. Sin embargo, no todos los centros de salud disponen de Holter de PA, y su uso está restringido a un único registro por paciente y día. Nuestro objetivo fue comparar los resultados de un nuevo método de monitorización de PA de una hora de duración (MPA-1) frente al MAPA-24h en período diurno en subpoblaciones de pacientes hipertensos.

Material y métodos. Análisis de un método experimental de determinación de PA de una hora de duración frente al *gold standard* (MAPA-24h) utilizando para ambos métodos el mismo Holter (Spacelabs 90207) en población hipertensa de un centro de salud urbano. Se incluyeron pacientes cuyo médico de familia indicó un MAPA-24h para estudio de HTA. Se definen 4 subpoblaciones de hipertensos: 1) Normotensión, 2) HTA de bata blanca (BB), 3) HTA enmascarada (HE) y 4) HTA sostenida. Se utiliza el test de McNemar para comparar proporciones marginales, índice Kappa para el grado de concordancia, y análisis de sensibilidad-especificidad de HTA BB.

Resultados. Se incluyeron 65 pacientes (edad media $62,1 \pm 11,4$) siendo 32 (49,2 %) varones. Indicaciones: diagnóstico de HTA 21 (32,3 %); seguimiento 25 (38,5 %); sospecha HTA-BB 13 (20 %); evaluación del tratamiento 4 (6,2 %); otros 2 (3,0 %). MPA-1 y MAPA-24h clasificaron del mismo modo al 85,1 % de los casos. El índice de

Kappa fue 0,776 (IC 95 % = [0,624-0,929]), concordancia categorizable como muy buena. La prevalencia observada de HTA-BB fue 40,4 %. La sensibilidad del MPA-1 frente a MAPA-24h para el diagnóstico de HTA-BB fue 89,5 %, especificidad del 89,3 %, valor predictivo positivo de 85 % y negativo de 92,6 %.

Conclusión. MPA-1 puede ser un método útil para clasificar subpoblaciones de hipertensos. Su elevada sensibilidad y especificidad podrían permitir sustituir al MAPA-24h tradicional para la HTA-BB, lo que aumentaría la generalización, rendimiento y coste-efectividad de la monitorización de la PA.

//// ID 376

Enfermedad renal crónica en individuos hipertensos

Pascual Benito L, Mestre Ferrer J, Soler Vila M, Alonso Bes E, Salvador González B, Rodríguez Latre L

CAP Gavà-2; Molins de Rei; Gavà-1; Florida Sud; SAP Baix Llobregat Centre. Gavà, Molins de Rei, L'Hospitalet de Llobregat, Cornellà. Cataluña

Correo electrónico: pascualbenito@hotmail.com

Objetivos. Conocer la prevalencia y características de la enfermedad renal crónica (ERC) en individuos hipertensos de 60 años o mayores atendidos en Atención Primaria.

Material y métodos. Diseño: estudio transversal.

Ámbito: cuarenta centros de salud con laboratorio de referencia centralizado (214.852 habitantes mayores de 60 años).

Criterios de selección: todos los individuos hipertensos de 60 años o mayores atendidos durante 2010, a quienes se hizo determinación de creatinina.

Criterios exclusión: trasplante renal, atención domiciliaria.

Variables: datos demográficos y clínicos obtenidos de la historia clínica informatizada, datos analíticos del laboratorio clínico; cálculo filtrado glomerular (eFG) según MDRD-4-IDMS.

Análisis estadístico: bivariante.

Limitaciones: selección de hipertensos atendidos con determinación de creatinina.

Resultados. n = 58.021 pacientes (59,1 % mujeres, edad mediana 73 [Q1 = 67; Q3 = 79]).

Prevalencia eFG < 60 = 20,2 % (eFG 45-59 = 71,4 %, eFG 30-44 = 24 % y eFG < 30 = 4,1 % frente a 79,9, 15,7 y 3,8 % respectivamente en no HTA).

Los individuos con ERC son mujeres en un mayor porcentaje y de mayor edad, y esto aumenta con el estadificación de la ERC (p global y tendencia lineal < 0,001).

Comorbilidades asociadas (en individuos con ERC respecto a los que no tienen ERC): diabetes 32,8 % frente a 29,6 %; cardiopatía isquémica 13,8 % frente a 8,8 %; accidente cerebrovascular 14,2 % frente a 9,4 %; insuficiencia cardíaca 11,9 % frente a 4,5 % (p global y tendencia lineal por estadíos < 0,001).

La solicitud del cociente albúmina-creatinina (CAC) es del 36 %, con detección de un 2,9 adicional de ERC (estadios 1 y 2).

Grado control de la presión arterial (PA < 140/90 mmHg): 77,3 % en ERC frente a 77,5 % sin ERC ($p = 0,570$); colesterol LDL (< 130 mmHg): 66,4 % frente a 60,7 % ($p < 0,001$).

Conclusión. Uno de cada 5 pacientes con HTA presenta

ERC asociada a sexo femenino, mayor edad y comorbilidad. En individuos con HTA y ERC, de alto riesgo cardiovascular, debería priorizarse el control de PA.

Una mayor solicitud de CAC permitiría detectar nefropatías más precoces, lo que, junto a un control más agresivo de la PA, podría modificar la evolución-progresión de la ERC.

//// ID 384

Conocimientos de nuestros pacientes sobre hipertensión arterial

Bajo-García J, Benítez-Camps M, Egocheaga-Cabello M, Vara-González L, Dalfó-Baqué A, Ureña-Fernández T

CS de Kueto; CAP Gòtic; CS Isla De Oza; CS Castilla-Hermida;

Distrito Sanitario Jaén. Sestao (Vizcaya). Barcelona, Madrid, Santander, Jaén, Vizcaya. País Vasco

Correo electrónico: 32211mbc@comb.cat

Objetivos. Evaluar el conocimiento de nuestros pacientes sobre diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial (HTA).

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal multicéntrico, de ámbito nacional, realizado en Atención Primaria. Se incluyeron 800 pacientes mayores de 18 años, atendidos en abril de 2010, y seleccionados por muestreo sistemático. Los pacientes cumplimentaron un cuestionario con preguntas relacionadas con la HTA: cifras diagnósticas (CD), objetivos de control (OC), tratamiento farmacológico y modificaciones del estilo de vida (MEV). Otras variables: sexo, edad, estudios, cifras de presión arterial (PA) y tratamiento.

Respondieron 323 hipertensos y 329 no hipertensos.

Análisis estadístico: se utilizó frecuencia absoluta y porcentajes para variables cualitativas; media, desviación típica (DE), mediana y rango intercuartílico para cuantitativas. Las diferencias entre grupos se analizaron con ji al cuadrado, Kruskal-Wallis, Wilcoxon, Anova y test de Bonferroni.

Limitaciones: determinación muestral según estudios similares. Encuesta no validada. Posible sesgo de selección (encuesta autocumplimentada).

Los laboratorios Chiesi prestaron apoyo económico.

Resultados. El 58,6 % fueron mujeres, edad media: 58 años (DE: 15,9), siendo mayores los hipertensos ($p < 0,001$). El 42 % tenían estudios primarios.

Diagnóstico: el 33,1 % conocían las CD, sin diferencias entre hipertensos y no hipertensos ($p = 0,406$). Sin embargo, un 55,7 % consideraban el diagnóstico de HTA con PA sistólica > 160 mmHg.

Control: el 33,9 % conocían los OC de PA sistólica y el 16,7 % los de PA diastólica, con mayor conocimiento entre hipertensos para la PA sistólica ($p = 0,025$).

Tratamiento: el 75,6 % consideraban que tiene que ser indefinido, siendo más frecuente entre los hipertensos ($p < 0,001$). Creían efectivo el ejercicio físico el 78,8 %; la pérdida de peso, el 87,7 %, y la dieta hiposódica, el 92 %, sin diferencias entre grupos.

Conclusión. Más de la mitad de los pacientes no conoce las CD de HTA ni los OC.

La mayoría de ellos considera que el tratamiento es indefinido y conoce las MEV útiles.

//// ID 206

Seguimiento de pacientes después de su primer episodio de ICTUS y que recibieron tratamiento fibrinolítico en un núcleo poblacional rural-semiurbano. Estudio EBRICTUS

Clua-Espuny J, Piñol-Moreno J, Panisello-Arasa A, Lucas-Noll J, Ripollés-Vicente R, Queralt-Tomás M

EAP Tortosa 1-Est; CAP Temple; UUDD Tortosa. Tortosa. Cataluña
Correo electrónico: jclua.ebre.ics@gencat.cat

Objetivos. Analizar los resultados de la fibrinólisis sistémica en los dos primeros años de implantación del código ictus (CI) en un núcleo poblacional rural-semiurbano.

Material y métodos. Prospectivo, multicéntrico, consecutivo de cohorte con primer episodio de ictus, entre 1 de abril de 2006 y el 31 de marzo de 2008, población asignada a 8 áreas básicas de salud (ABS), 15-80 años, historia clínica activa de 5 años o más previos al episodio. Datos de explotación combinada del registro de Atención Primaria (e-cap), conjunto mínimo básico de datos hospital referente CI y registro general de Cataluña de episodios de ictus de base poblacional. Variables epidemiológicas, CI activado, gravedad clínica (NIHSS), riesgo de recurrencia por escala Essen, y mortalidad acumulada hasta 31 de marzo de 2010. Pruebas de comparación de las variables según la naturaleza de las mismas. Supervivencia acumulada mediante el método de Kaplan-Meier. Ajuste multivariado por modelo de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados. 380 pacientes (44,2 %, mujeres); fibrinólisis en 13,9 %, significativamente mayor en los que llegaron al hospital al cabo de 1 hora o más del inicio de los síntomas (28 % IC 95 % 13,7-46,7 %). El grupo con fibrinólisis tuvo un NIHSS superior (12,2 frente a 6,4, $p < 0,001$); mayor probabilidad de supervivencia (0,88 DE: 0,06 frente a 0,76 DE: 0,05) y menor recidiva de eventos cardiovasculares (8 % frente a 15,5 %) el primer año, sin diferencias en mortalidad absoluta (20 % frente a 24 % $p 0,63$) ni en supervivencia media (35 meses DE: 1,6 frente a 40 DE: 2,8, $p 0,52$) al final. Las mujeres son más jóvenes (60,8 DE: 15,3 frente a 69,1 DE: 9,3), y su supervivencia mayor (1 frente a 0,38 DE: 0,19). Los factores independientes predictivos de mortalidad fueron la edad (RR: 1,086 por año, IC 95 % 1,001-1,18) y recidiva de ictus en los tres primeros meses (RR: 6,97, IC 95 % 2,23-21,7).

Conclusión. La fibrinólisis se asoció a una reducción en la mortalidad el primer año y una disminución de las recidivas vasculares. En las mujeres, dicho efecto se mantuvo a lo largo de todo el período de seguimiento.

//// ID 653

Estudio de diabetes en pacientes diagnosticados de demencia

Ortega Moreno I, Herrera Moreno C, Garrido Canning C, Acero Guasch N, Muñoz Cobos F, Castillo Trillo B

CS El Palo. Málaga. Andalucía

Correo electrónico: bea_zirt@hotmail.com

Objetivos. Determinar la frecuencia de diabetes (DM) en pacientes diagnosticados de demencia y los factores relacionados con esta comorbilidad.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal.

Sujetos: pacientes integrados en el proceso asistencial de demencias en un centro de salud en septiembre de 2011 (n = 142). Criterios de exclusión: exitus, cambios de domicilio (n = 126). Variables: edad, sexo, tipo de demencia, tratamiento de demencia, diabetes, tratamiento de la diabetes.

Análisis: estudio bivalente mediante ji al cuadrado para variables cualitativas y t de Student para variables cuantitativas. Nivel de significación ($\alpha = 0,005$).

Resultados. De un total de 126 pacientes, el 64,3 % son mujeres. Edad media, $81,54 \pm 0,57$ (mínimo 59 años, máximo de 93). Tipos demencia: 38,9 %, enfermedad de Alzheimer; 16,7 %, demencia tipo vascular; 8,7 %, demencia mixta; 6,3 %, deterioro cognitivo, y 24,6 %, no figura el tipo de demencia.

Tratamiento: 55,6 %, no realiza ninguno; 19,8 %, anticolinérgicos; 9,5 %, terapia combinada (incluidos fármacos anticolinesterasa o memantina y psicofármacos); 7,9 %, otros fármacos (psicofármacos o neuroprotectores); y 7,1 %, monoterapia con memantina.

Son diabéticos el 31,8 % (según el estudio DRECA 2, de evolución del riesgo cardiovascular en la población andaluza, el resultado esperado durante los últimos doce años en la población general de 81 años es de 28,92 % en mujeres, y en varones, de 31,14 %. Y un porcentaje global del 30 %).

De los diabéticos, el 43,8 % realiza tratamiento con antidiabéticos orales; el 22,9 % no realiza tratamiento farmacológico; el 22,9 % está en tratamiento con insulina; el 10,4 % sigue una terapia combinada de antidiabético oral junto a insulina. No existen diferencias significativas entre presencia de diabetes y tipo de demencia o sexo. Se encuentra una diferencia significativa con la edad, que en los pacientes con DM y demencia es inferior a la de los no diabéticos ($p = 0,002$).

Conclusión. El tanto por ciento de diabetes en personas con demencia parece ser igual al esperado, si bien la edad media de los pacientes con DM y demencia es menor.

SESIÓN ORAL 3. ATENCIÓN A POBLACIONES ESPECIALES

Jueves, 14 de junio / 09.30-11.30 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.

Planta -2 / Sala A3.2

Atención a la mujer / Embarazo

//// ID 595

Diagnóstico clínico versus diagnóstico microbiológico: valor predictivo del diagnóstico clínico en la sospecha de vaginitis candidiásica en Atención Primaria

Del Cura González I, García De Blas González F, Sanz Cuesta T, Del Álamo Rodríguez J, Rojas Giraldo M, A

Unidad de Apoyo a la Investigación. GAP Madrid. Madrid. Madrid

Correo electrónico: mcurag@yahoo.es

Objetivos. Describir la validez de síntomas y signos de vaginitis para el diagnóstico de vulvovaginitis candidiásica no complicada en Atención Primaria.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo de pruebas diagnósticas.

Ámbito: estudio multicéntrico en Atención Primaria.

Sujetos: mujeres de 16 años o mayores, que consultan por prurito vaginal, exudado anormal o ambos compatible con vaginitis candidiásica no complicada y sin síntomas sugestivos de infección urinaria ni dolor pélvico. Posibilidad de recoger exudado vaginal para estudio microbiológico. Se ex-

cluyeron a las mujeres que habían recibido tratamiento en la última semana o habían realizado lavados vaginales con antisépticos en las últimas 24 horas.

Tamaño muestral: 293 mujeres. Muestreo: consecutivo no probabilístico.

Variables: sociodemográficas. Síntomas (aumento del exudado, color, olor, floculencia) y signos (eritema vulvar). Período de la menstruación. Resultado de toma de exudado para examen en fresco con microscopio, tinción de Gram y cultivo si procede.

Análisis estadístico: se calcularon sensibilidad (S), especificidad (E), valores predictivos (VPP/VPN) y cocientes de probabilidad (CPP/CPN) con intervalos de confianza del 95 %.

Informe favorable del CEIC de referencia.

Resultados. La edad media de las 293 mujeres fue de 34,5 años (IC 95 % 33,20-35,90). Se confirmó cultivo positivo para *Candida albicans* en 62 mujeres (21,2 %).

Aumentó el exudado S = 83,87 (73,91-93,83), E = 15,53 (10,50-20,55), VPP = 21,94 (16,46-27,42), VPN = 77,27 (63,75-90,79), CPP = 0,99 (0,88-1,12), CPN = 1,04 (0,54-1,98).

Exudado blanco S = 64,52 (51,80-77,23), E = 48,02 (41,39-54,71), VPP = 25 (17,98-32,02); VPN = 83,46 (76,77-90,15), CPP = 1,24, CPN = 0,74.

Exudado grumoso: S = 58,06 (44,98-71,15), E = 47,93 (41,05-54,80), VPP = 24,16 (16,95 -31,37), VPN = 80,00 (72,74-87,26), CPP = 1,12 (0,87-1,43), CPN = 0,88 (0,63-1,21).

Ausencia de mal olor S = 34,43 (21,68-47,17), E = 60,37 (53,63-67,11), VPP = 19,63 (11,63-27,62), VPN = 76,61 (69,97-83,25), CPP = 0,87 (0,59-1,27), CPN = 1,09 (0,88-1,34).

Eritema vulvar S = 68,18, E = 13,24 (3,58-22,89), VPP = 20,27 (9,45-31,09), VPN = 56,25 (26,21-86,29), CPN = 2,40 (.

Conclusión. En mujeres con sospecha clínica de vaginitis, la S, E, VPP y CPP de los síntomas y signos estudiados son bajos para el diagnóstico de la vaginitis candidiásica no complicada.

En la práctica clínica, ante una mujer con síntomas de vaginitis se debería solicitar el exudado y confirmar el diagnóstico mediante microbiológica.

Atención al adolescente

//// ID 484

Promoción de ejercicio físico en la población infanto-juvenil: valoración de hábitos y preferencias sobre actividad física en escolares de secundaria

Gil Pérez T, Martínez Belló R, Silva Molina G, Menárguez Puche J, Monsó Pérez-Chirín F, Lozano Gomariz M

CS Profesor Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia

Correo electrónico: trigilpe@gmail.com

Objetivos. Conocer hábitos de ejercicio de adolescentes de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de un municipio y su valoración de una propuesta de programa de ámbito municipal.

Material y métodos. En el marco de una estrategia para promover ejercicio físico en población infanto-juvenil, un grupo de trabajo multidisciplinar elaboró una propuesta de programa para jóvenes de 13 a 16 años. Antes de implantarlo se consideró imprescindible conocer la opinión de los jóvenes (valoración de preferencias y pertinencia).

Población diana: 3.209 alumnos. La información se recogió

mediante un cuestionario pilotado autoadministrado realizado a 630 alumnos (muestreo por conglomerados-confianza = 95 %, precisión 5 %).

La encuesta constaba de 12 ítems que valoraban: a) actividad realizada fuera del horario escolar; b) preferencias sobre el tipo y la forma de practicar las actividades de oferta municipal (rango puntuación = 1-4). Se realizaron estudios descriptivos, t de Student y ji al cuadrado.

Resultados. Realizaron el cuestionario 630 alumnos (51 % mujeres). Un 36,4 % practicaba deporte federado. Entre los no federados (415), un 78,6 % desarrollaba alguna actividad fuera del colegio, entre las que destacaba el uso de la bicicleta en un 29,4 %. Un 43,7 % desearía realizar además otra actividad distinta. El 14,12 % de los alumnos (89) declaraban no hacer ninguna actividad física.

En relación con las características que deberían tener las actividades ofrecidas por el programa municipal, lo más valorado fue que resultaran divertidas ($3,8 \pm 0,5$) y se pudieran hacer con amigos ($3,61 \pm 0,7$). Las actividades más valoradas de la oferta fueron disco volador, aerobio, baile moderno y baloncesto 1 contra 1. Para incentivar la participación se valoró la competitividad y la práctica de la actividad con amigos. En relación con el sexo, las mujeres plantearon la necesidad de realizar actividades distintas a los deportes conocidos, buscando que fueran divertidas y variadas ($p < 0,001$). Las actividades favoritas fueron baile moderno y aerobio para mujeres ($p < 0,0001$) y fútbol sala entre varones ($p < 0,001$).

Conclusión. Los resultados del cuestionario permitieron concretar y priorizar la oferta municipal de ejercicio dirigida a los adolescentes.

Atención al anciano

//// ID 59

Adaptación del «Medication Appropriateness Index» para valorar la adecuación de los fármacos en ancianos polimedcados en nuestro país

Gavilán Moral E, Villafaina-Barroso A, Sulimán-Criado S, Aránguez-Ruiz A, Sánchez-Robles G, Jiménez-De Gracia L

Área de salud de Plasencia. Plasencia, Cáceres. Extremadura

Correo electrónico: enrique.gavilan.moral@gmail.com

Objetivos. Traducir y adaptar el Medication Appropriateness Index (MAI) para su uso en personas mayores en Atención Primaria en nuestro país, así como estimar su factibilidad, fiabilidad y concordancia test-retest.

Material y métodos. Diseño: estudio observacional de validación de un instrumento de medida.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Participantes: tras traducir y adaptar el cuestionario y su manual del evaluador, se realizó un pilotaje en 12 personas polimedcadas (5 o más medicamentos de forma crónica) mayores de 65 años obtenidos por muestreo aleatorio sistemático. Las valoraciones se repitieron en 2-3 meses por el mismo investigador (test-retest).

Mediciones principales: consistencia interna (a Cronbach) y concordancia intraevaluador (índice Kappa, coeficiente de correlación intraclase -CCI-, diferencia de medias estimada con la prueba T de Student).

Resultados. La edad media de los participantes fue de 81,6 años (92 % mujeres). La media de medicamentos por persona fue de 9,3. El valor del α Cronbach global fue 0,99. Los valores de κ se sitúan en 9 de 12 ítems en un nivel excelente. El CCI fue 0,98 (intervalo de confianza IC 95 % = 0,97-0,99). La diferencia de medias entre la valoración test y re-test fue de 0,15 (IC 95 %: 0,04-0,3). La media de tiempo empleado por paciente en la valoración con el MAI fue de unos 55 minutos, siendo en los primeros pacientes más alto y descendiendo a medida que iba acabando el pilotaje.

Conclusión. La versión española modificada del MAI resulta ser altamente reproducible y fiable en la determinación de la adecuación de los medicamentos de uso en ancianos. Para hacer más eficiente su uso, tanto para investigación como en la práctica clínica, es preciso una adecuada cualificación y entrenamiento que reduzca los tiempos de valoración.

//// ID 87

Hospitalización en pacientes domiciliarios con patología crónica cardíaca y/o pulmonar (estudio TELBIL)

Pinar Otaola T, Borghesi F, Aguirre Miñana T, Martín Lesende I, Cairo Rojas M, Pedrero Jocano J

CS San Inazio. Bilbao. País Vasco

Correo electrónico: tatiana.pinarotaola@osakidetza.net

Objetivos. Analizar las características, considerando las patologías incluidas, de los 121 ingresos del año de seguimiento del estudio TELBIL (ensayo clínico [ECA] con telemonitorización de pacientes crónicos).

Material y métodos. Estudio transversal de hospitalizaciones (complementario al análisis comparativo ECA TELBIL); 40 pacientes domiciliarios con insuficiencia cardíaca (IC) o broncopatía crónica, o ambas patologías (89,7 % EPOC), con 2 ingresos o más en el año previo y al menos uno por las patologías consideradas. Medio comunitario-hospitalario. Variables (ingresos): incidencia, duración, causas, hospital y si es específico (relacionado con las patologías de inclusión). Fuente de datos: registros informatizados del estudio TELBIL e historia clínica. Análisis univariante (estadísticos de centralización o proporciones) y bivariante según patologías ($p < 0,05$) usando el SPSS-18.

Resultados. 121 ingresos totales, $3 \pm 2,2$ /paciente, 67,8 % en varones. 47,1 % de causa respiratoria, 27,3 % cardiológica, 10,7 % ambas simultáneamente. El 81 % fueron « ingresos específicos». El 84,8 % de los ingresos por cardiopatía fueron por IC (33,3 % asociando reagudización respiratoria); el 94,3 % de los ingresos por broncopatía eran reagudizaciones bronquiales (37,9 % asocian infecciones respiratorias, 19,7 % IC). El 60,3 % de los ingresos ocurrieron en el hospital de subagudos respecto al principal de la comarca, $p = 0,047$; el 42,4 % de pacientes con patologías cardiológicas y 78,9 % de bronquiales ingresaron en este hospital. La estancia/ingreso en el de subagudos media fue de 12,3 días, frente a 9,5, $p = 0,056$.

Los 40 pacientes con 1 ingreso o más, tenían una media de $79,9 \pm 7,4$ años. El 71,4 % de los 57 ingresos en los 11 broncópatas fueron específicos, 63,3 % (de 33) en 11 IC, y 88,9 % de los que tenían ambas.

Conclusión. El elevado número de ingresos (mayoritariamente específicos) y consumo de recursos sanitarios refleja una tipología de pacientes con enfermedades complejas/

avanzadas, que se pueden beneficiar de un correcto manejo clínico general y de sus descompensaciones, así como de una adecuada continuidad asistencial.

Las nuevas estrategias orientadas a la Atención Primaria (donde son seguidos habitualmente) y al hospital durante los ingresos (los de subagudos muestran potencial), junto con una adecuada coordinación entre ambos, pueden aumentar la efectividad y eficiencia en la asistencia a estos pacientes.

//// ID 294

Factores relacionados con el grado de malnutrición en pacientes dependientes

Fernández-Barrés S, González Bravo A, Castela A, Martínez T, Lucena C, Arija V

Unitat de Suport a la Recerca Tarragona-Reus. Tarragona-Reus.

Cataluña

Correo electrónico: victoria.arija@urv.cat

Objetivos. Describir la relación de los factores sociales y capacidad funcional con el riesgo nutricional en pacientes dependientes mayores de 65 años incluidos en un programa de atención domiciliaria.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal en 10 CAP. Se incluyen a todos los pacientes dependientes del programa de atención domiciliaria, con una puntuación del MNA de 17-23,5 (riesgo de desnutrición). Se valora: test MNA, características sociodemográficas, índice de masa corporal (IMC), circunferencia del brazo y de la pantorrilla, ABVD (test de Barthel), riesgo social (escala de valoración sociofamiliar), depresión (test de Yesavage) y estado cognitivo (test Pfeiffer). Se clasifica el riesgo de malnutrición en tres categorías, por terciles: leve, moderado y grave. Se analizan los datos con el programa estadístico SPSS/PC versión 17.0.

Resultados. Participan 177 pacientes (68,9 % mujeres). En comparación con los otros grupos, los sujetos con riesgo grave de malnutrición presentan un IMC ($24,89 \pm 5,8$ frente a $28,43 \pm 5,58$ kg/m², $p < 0,001$) y valores antropométricos más bajos. También presentan más anorexia grave y menos capacidad para alimentarse solos (22,4 % frente a 10,4 % y 3,8 %, $p < 0,001$), más úlceras y menos movilidad (42,9 % frente a 33,3 % y 10 %, $p < 0,001$). El grado de malnutrición está relacionado con el grado de dependencia ($50,61 \pm 28,4$ frente a $69,81 \pm 21,26$ puntos, $p < 0,001$) y con el riesgo social ($11,14 \pm 2,8$ frente a $9,81 \pm 2,34$ puntos, $p < 0,01$).

Conclusión. Los factores sociales y la capacidad funcional del paciente se relacionan con el grado de malnutrición. Estas características requieren un abordaje multidisciplinar, no solamente nutricional.

//// ID 500

¿Cómo son las familias de nuestros ancianos?

León Arévalo I, Pardo Álvarez J, Ballesterero Cano J, García Quintana J, Denche Gil P, Llanes Cerrejón M

CS El Torrejón. Huelva. Andalucía

Correo electrónico: jeparedes10@teleline.es

Objetivos. Conocer la tipología de las familias de nuestros ancianos. Valorar la función familiar y el tipo de apoyo prestado por estas. Estudiar su red social y amistades, así como su participación en organizaciones sociales.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Muestra de población mayor de 65 años de una zona básica urbana. Muestreo aleatorio simple. Ponderados por grupos de edad y sexo, con error del 5 %. Visita personalizada a la vivienda y entrevista estructurada con cuestionario en el que se valora la estructura familiar, APGAR familiar, tipo de apoyo recibido. Se plantean preguntas sobre redes de amistad y asociacionismo. Muestra de 290 personas mayores de 65 años. Análisis cuantitativo de frecuencias y paquete estadístico SPSS (versión 14.0) para Windows.

Resultados. Varones 40 % y mujeres 60 %. Edad media de 74,7 años. Familia nuclear con su pareja, 34,2 %; viven como agregado en la familia nuclear ampliada de hijos, 22,9 %; sin familia (solos), 18 %. Monoparental con hijo, 9 %; agregada a monoparental del hijo, 9 %; equivalentes familiares, 6,5 %. Frecuencia de relación a diario con pareja e hijos, 70 %. APGAR medio de 7,8 con 74 % normofuncionantes, 20 % disfunciones leves, 6 % disfunciones graves. La satisfacción subjetiva con relaciones familiares es positiva en el 85 %. Apoyo instrumental y emocional por hijos, 70 %. Apoyo emocional de nietos menores, 60 %. No contaban con redes de amistad 37,7 %. Red social media de 3 miembros. Satisfechos con su red de amistad, 88,9 %. Pertenecen a alguna asociación, 41,7 % (asociación de vecinos, 71,7 %).

Conclusión. Predominio de familia nuclear con pareja o agregados a hijos. Es la fuente principal de apoyo. Elevada satisfacción con el contacto con la familia. Familias normofuncionantes. Escasa red social. Alto grado de asociacionismo social.

//// ID 503

Calidad de la atención del programa domiciliario entre los profesionales de salud de un centro de salud urbano

Alarcón Belmonte I, Vitoria Codina A, Redondo Alonso J
CAP Poblenou. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: irisalarconb@gmail.com

Objetivos. Describir la calidad del seguimiento del programa atención domiciliaria (ATDOM), según indicadores de estructura y proceso.

Material y métodos. Estudio transversal. Población de centro salud urbano incluida según enfermedad crónica o terminal que impide desplazamiento.

Variables: año y motivo inclusión; registro de: diagnósticos, escalas funcionales validadas y datos sobre cuidador principal. Evaluamos el programa mediante indicadores estructurales (número de individuos incluidos en ATDOM respecto a la población atendida y la edad) y de proceso (individuos con diagnósticos médicos y enfermería, valoración social realizada, escalas de valoración funcional, cognitiva y Braden, cuidador principal). Análisis estadístico: medidas descriptivas de datos.

Limitaciones: información recogida de historia clínica informatizada. Aspectos ético-legales: sin conflictos.

Resultados. Muestra total: 146; 74,6 % mujeres; edad media, 85 años. Motivos inclusión: imposibilidad desplazamiento (26 %), enfermedad crónica (21,2 %). Media de años de pertenencia a ATDOM: 2,7. Individuos incluidos en ATDOM: según población atendida (1,29 %), respecto a mayores de 65 años (4,01 %) y mayores de 75 años (7,31 %).

Individuos con algún diagnóstico, 100 %. Pacientes con al menos un registro de: valoración social (46,6 %), Barthel (98 %), Lawton (61 %), Pfeiffer (96,5 %), Lobo (26,7 %), Braden (97,3 %). Se ha realizado alguna durante 2011: Barthel (96,5 %), Lawton (51,4 %), Pfeiffer (95,9 %), Lobo (10,3 %), Braden (96,5 %). Registros del cuidador principal: datos personales (64,38 %), competencias (16,44 %), escala Zarit (67,80 %); en un 23,9 % existe el riesgo de sobrecarga.

Conclusión. En la valoración de indicadores de estructura se incluye menor número de individuos que el que habían establecido los objetivos: mayores de 75 años, aproximadamente 3 %. Todos los individuos tienen algún diagnóstico, con una mediana de 10 diagnósticos médicos por paciente. Según indicadores estructurales: las escalas más utilizadas son Barthel y Braden. Durante 2011, se realizaron escalas funcionales y cognitivas en más del 95 % de los individuos. En cuanto al cuidador principal, existen infraregistros sobre datos personales y estos son más evidentes en competencias. Se ha valorado el riesgo de sobrecarga en el 60 % de los individuos, con resultado de riesgo en más de la mitad de casos.

//// ID 525

Estudio de autovaloración del paciente con dolor crónico: subgrupo de pacientes atendidos por médicos de familia.

Tejedor Varillas A, Lubian López M, Ruiz Hidalgo D, Tornero Molina J, Ruiz Iván M, Pérez Hernández C
CS Ciudades Sermas Madrid. Madrid. Madrid
Correo electrónico: atejedorv@telefonica.net

Objetivos. Analizar la perspectiva del paciente con dolor crónico osteoarticular: percepción del dolor, actitudes, respuesta al tratamiento y áreas de mejora

Material y métodos. Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico, realizado en España (y en siete países europeos) durante el año 2011. Aprobado por CEIC del hospital La Paz (Madrid). Participaron 893 médicos (41 % médicos de familia; 9 % Rehabilitación; 13 % Unidad de Dolor; 9 % Traumatología; 8 % Geriátrica; 4 % Reumatología; 6 % otras especialidades). Se registraron datos clínicos demográficos y se utilizaron las siguientes escalas: valoración verbal del dolor; valoración numérica del dolor; escala de dolor-interferencia actividades de la vida diaria y encuesta complementaria de satisfacción y áreas de mejora.

Resultados. Pacientes incluidos: 3.341 (57 % mujeres; 53 % mayores de 65 años de edad). Las causas principales: origen articular (40 %), lumbalgia crónica (32 %). La duración del dolor superior a 3 años: 35 % de los pacientes. El nivel medio de dolor: moderado (47 %), intenso (30 %) en la semana previa a la encuesta. El 38 % de los pacientes experimentaban un dolor más fuerte del que les parecía tolerable. Un 51 % recibían tratamiento combinado, de ellos: 79 % con AINE/no opioides; 59 % opioides débiles; 28 % opioides potentes; 34 % antidepressivos, y 21 % anticonvulsivantes. El 55 % estaban insatisfechos con el tratamiento para el dolor, siendo el motivo más frecuente el alivio insuficiente del dolor (74 %). El 63 % consultaron la aparición de efectos adversos y el 24 % abandonaron el tratamiento. Los pacientes priorizaron como más importantes los siguientes aspectos: que el tratamiento aliviara el dolor; que no tuviera efectos adversos; que fuera rápido, de fácil administración y precio razonable. Entre las necesidades de mejora destacan

la movilidad (85 %) y mejorar la actividad general (83 %).
Conclusión. Más de la mitad de los pacientes con dolor crónico está insatisfecho con su tratamiento. El dolor crónico interfiere en su actividad funcional, siendo esta la principal expectativa de mejora de estos pacientes.

//// ID 646

Utilidad de la escala de severidad modificada CRB75 en el manejo del paciente anciano con neumonía adquirida en la comunidad

Hospital Guardiola I, Vila Corcoles A, Och2oa Gondar O, Juárez Laiz M, Rovira Veciana D, González Lamban B
Gerencia Territorial Camp de Tarragona. ICS. Tarragona. Cataluña
Correo electrónico: ochoa.tarte.ics@gencat.cat

Objetivos. Comparar la utilidad de la escala modificada CRB75 (acrónimo inglés de confusión, taquipnea e hipotensión) con la clásica escala CRB65 para determinar la gravedad y la mortalidad a corto plazo de los pacientes mayores de 65 años con neumonía adquirida en la comunidad.

Material y métodos. Estudio de base poblacional que incluye 350 pacientes mayores de 65 años con neumonía adquirida en la comunidad radiográficamente confirmada (ambulatoria u hospitalizada) y diagnosticada en la región de Tarragona entre 2008 y 2010. La escala CRB65 (confusión mental; frecuencia respiratoria > 30; presión arterial sistólica < 90 mmHg o diastólica < 60 mmHg; edad > 65 años) y la escala modificada CRB75 (mismos criterios pero edad > 75 años) fueron calculadas en el momento del diagnóstico, y la mortalidad a los 30 días se consideró la principal variable dependiente. Las áreas bajo la curva ROC fueron usadas para comparar ambas escalas.

Resultados. Se produjeron un total de 46 muertes entre los 350 pacientes, lo cual significó una tasa de letalidad del 13,1 %. De acuerdo con la escala CRB65, la mortalidad fue del 7,7 % para CRB65 = 1; del 22,5 % para CRB65 = 2, y del 50 % para CRB65 = 3. La mortalidad también se incrementó directamente de acuerdo con el CRB75, siendo de 3,2 % para CRB75 = 0; de 9,7 % para CRB75 = 1; de 30,0 % para CRB75 = 2, y de 45,5 % para CRB75 = 3. El valor discriminativo de ambas escalas CRB65 y CRB75 para clasificar el riesgo de mortalidad a los 30 días fue aceptable, con mejor área bajo la curva para el CRB75 (ROC: 0,735; IC 95 %: 0,657-0,812) que para el CRB65 (ROC: 0,681; IC 95 %: 0,591-0,771).

Conclusión. Ambas escalas, CRB65 y CRB75, constituyen una aceptable herramienta para clasificar el riesgo de mortalidad a corto plazo de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad. Sin embargo, la escala CRB75 puede ser de mayor utilidad si evaluamos pacientes mayores de 65 años.

//// ID 684

Autopercepción de salud y salud comparada como predictores de mortalidad en las personas de 65 años o más no institucionalizadas. Diferencias según el género

Gil de Gómez Barragán M, Ramalle Gómara E, Trueba Castillo A, Fernández Suárez F, Olloqui Mundet J, García Díaz J

UD de MFyC y servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria.
Logroño. La Rioja
Correo electrónico: jggomez@riojasalud.es

Objetivos. Conocer el impacto de la autopercepción de salud (APS) y la salud comparada (SC) en la mortalidad de las personas mayores de 64 años no institucionalizadas y analizar las diferencias de género en esta relación.

Material y métodos. Análisis de supervivencia basado en un estudio transversal de base poblacional con cinco años de seguimiento en una comunidad autónoma.

Muestra representativa de 1.034 ancianos (444 varones y 590 mujeres).

Entrevista en el domicilio en mayo y junio de 1995 mediante una encuesta de salud multidimensional. La APS se midió con la pregunta: «En general, ¿cómo diría usted que es su salud: muy buena, buena, regular, mala o muy mala?». Para la SC se preguntó: «¿Y en comparación con personas de su misma edad?».

La información sobre la situación vital se obtuvo del registro de mortalidad. Para el cálculo del riesgo de morir por cualquier causa (y sus intervalos de confianza del 95), se utilizó el modelo de riesgos proporcionales de Cox. Las variables explicativas fueron: APS: 0) salud muy buena y buena; 1) salud regular, mala o muy mala; y AC: 0) salud mucho mejor y mejor; 1) salud igual, peor o mucho peor. Se ajustó por resto de variables.

Resultados. Se obtuvo información de 1.025 ancianos. Número de defunciones de 196 (19,1 %): 16,2 % mujeres y 23,0 % varones ($p = 0,007$). Declarar una peor salud comparada con personas de la misma edad aumentó el riesgo de muerte en los varones: *hazard ratio* ajustado de 1,64 (IC 95: 1,01 a 2,68). Tener una mala autopercepción de salud no fue un predictor significativo de mortalidad en ninguno de los dos sexos.

Conclusión. Declarar una peor salud comparada con personas de la misma edad se asoció con un aumento de la mortalidad solo en los varones. La autopercepción de salud no ha resultado ser un factor independiente para predecir la mortalidad en las personas mayores.

SESIÓN ORAL 4. ENFERMEDADES INFECCIOSAS / ENFERMEDADES RESPIRATORIAS / TABAQUISMO

Jueves, 14 de junio / 12.00-14.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A3.2

Enfermedades infecciosas

//// ID 208

La determinación de la proteína C reactiva no es útil en la faringoamigdalitis

Llor C, Calviño Domínguez O, Hernández Anadón S, Moragas Moreno A, Fernández Pagés Y, Baldé Creixenti J

CC Jaume I. Tarragona. Cataluña
Correo electrónico: carles.llor@urv.cat

Objetivos. Distintos trabajos ponen de manifiesto que, en la faringoamigdalitis, la etiología por estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA) es la única que debe tratarse con antibióticos, aunque no hay consenso sobre si deben tratarse las infecciones por los estreptococos de los grupos C (EBHGC) y G. El objetivo de este estudio es conocer la relación entre PCR y etiología de la faringoamigdalitis.

Material y métodos. Estudio observacional realizado en un centro de salud urbano entre enero de 2010 y febrero de 2012. Se reclutaron consecutivamente todos los pacientes mayores de 14 años con faringoamigdalitis y cuatro criterios

de Centor (temperatura superior a 38 °C, exudado faringoamigdal, adenopatías laterocervicales dolorosas y ausencia de tos) a través de enfermería de criba y cupos de medicina general. Se recogió frotis para cultivo en el servicio de Microbiología del hospital de referencia. La prueba de PCR se realizó con las máquinas QuikRead y QuirRead Go (Orion Diagnostica, Espoo, Finlandia). Se hizo una estadística descriptiva y prueba de análisis de la variancia.

Resultados. Se reclutaron 138 pacientes, con una edad media de 30,1 ± 10,4 años y 58 varones (42 %). La etiología más frecuente fue EBHGA (82 casos, 59,4 %). No se aisló ningún germen en 24 casos (17,4 %). La PCR media fue 29,4 ± 40,3 mg/l cuando hubo infección por EBHGA y de 33,7 ± 46,6 cuando no se aisló ningún germen. Los ocho casos de infección por estreptococo B presentaron una media de 19,1 ± 27,9 mg/l y los once de infección por EBHGC, 60,1 ± 55,2 mg/l, siendo la causa que más elevó sus concentraciones ($p < 0,001$).

Conclusión. La PCR no se asocia con la etiología por EBHGA y, de hecho, fue más elevada con la infección por EBHGC. En base a los resultados de este estudio, la PCR no es útil para discernir aquellos casos de faringoamigdalitis que deben tratarse con antibióticos.

//// ID 214

Validez del diario de síntomas ABSS para evaluar la evolución clínica en la bronquitis aguda
Moragas Moreno A, Llor C, Pera Pujadas H, Morros Pedrós R, Bayona Faro C, Miravittles M

CS Jaume I. Tarragona. Cataluña

Correo electrónico: amoragasm@meditex.es

Objetivos. Recientemente se ha validado el diario corto de síntomas conocido como Acute Bronchitis Severity Score (ABSS). En este estudio planteamos el objetivo de conocer la fiabilidad de este diario en versión española.

Material y métodos. Estudio de fiabilidad de un cuestionario. La versión española del ABSS derivó de la traducción y retrotraducción de la escala original en inglés. Este diario tiene en cuenta cinco síntomas con cinco categorías cada una: gravedad de la enfermedad, tos durante el día, tos durante la noche, limitación en la actividad diaria y sensación de fiebre. Participaron pacientes diagnosticados de bronquitis aguda no complicada con expectoración purulenta. Antes de que el paciente nos entregara el diario, lo llamábamos un día por teléfono y le planteábamos las mismas preguntas sin que el tuviera el diario a su alcance (prueba test-retest). Se analizaron la consistencia interna y la estabilidad temporal con el análisis de fiabilidad test-retest de cada uno de los ítems anotados en el diario por el paciente y los registrados por el médico mediante llamada telefónica.

Resultados. Se reclutaron consecutivamente a 86 pacientes. La edad media fue de 52,4 (6,3) años, con un 54,7 % de mujeres. La mayoría de las llamadas telefónicas se realizó el tercer día (38 casos, 44,2 %), con un rango que oscilaba entre los días 1 y 22. El análisis de consistencia interna presentó alfa de Cronbach de 0,79 y ningún ítem incrementaba alfa cuando se extrajo de la escala. En cuanto a la estabilidad temporal, en una escala cualitativa, los coeficientes de correlación intraclase para los cinco ítems oscilaron entre 0,86 (IC 95 %: 0,79-0,91) para la sensación de gravedad y el 0,96 (IC 95 %: 0,94-0,97) para la tos nocturna.

Conclusión. Este estudio sugiere que la utilización de la versión española del diario de síntomas ABSS en la bronquitis aguda es fiable.

//// ID 336

Utilización de MEMS en Atención Primaria
Sierra Montalbán N, Hernández Anadón S, Llor Vilà C, Moragas Moreno A, Hernández Anadón M, Bayona Faro C

Jaume I; Valls Urbà. Tarragona, Valls. Cataluña

Correo electrónico: nuriasm100@yahoo.es

Objetivos. Conocer el cumplimiento terapéutico del tratamiento antibiótico en las infecciones del tracto respiratorio superior e inferior, comparando distintas pautas antibióticas en duración y número de tomas diarias.

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo en cinco consultas de Atención Primaria. Participaron consecutivamente pacientes mayores de 18 años con faringitis aguda de supuesta etiología estreptocócica e infección respiratoria baja no complicada (RTI) de supuesta etiología bacteriana. Los pacientes fueron tratados con diferentes antibióticos, incluidos previamente en los envases MEMS (Medication Event Monitoring System). Se solicitó consentimiento informado, pero no se comentó al paciente el objetivo real hasta la visita final al devolver el MEMS. Consideramos los siguientes parámetros de cumplimiento: comprimidos tomados, dosificación correcta y buen cumplimiento en al menos el 80 % del tratamiento. Realizamos pruebas no paramétricas y análisis de regresión logística considerando como variable dependiente el incumplimiento (< 80 % de las tomas).

Resultados. Incluimos 530 pacientes. Siete no retornaron el envase y 2 no dieron el consentimiento informado. Finalmente se analizaron 521 pacientes (276 RTI y 196 faringitis). El porcentaje de comprimidos tomados fue mayor en las RTI y entre los que tomaron antibióticos de una toma diaria, seguido de los de dos y de tres. Igualmente, tomaron al menos el 80 % de las dosis el 87 %, 72,3 % y 49,1 % de los pacientes, respectivamente ($p < 0,001$). El cumplimiento empeoró en pautas antibióticas largas. Solo el 20,6 % de los pacientes con RTI y pautas de tres veces diarias presentaron buena adherencia (tomas en intervalos de 8 ± 4 horas en al menos el 80 % del curso del tratamiento). En el análisis multivariante, el incumplimiento se asoció con la presencia de efectos secundarios, número de tomas diarias y duración del tratamiento.

Conclusión. La adherencia al tratamiento antibiótico en procesos infecciosos es baja en nuestro país, principalmente cuando se dan pautas antibióticas de tres tomas diarias.

//// ID 366

Resistencias de los uropatógenos a los antibióticos en las cistitis no complicadas de la mujer
Alfaro Ormaolea A, Sierra Montalbán N, Hernández Anadón S, Llor Vilà C, Moragas Moreno A, Martínez Blesa T

CS Jaume I. Tarragona. Cataluña

Correo electrónico: aitoralfaro@gmail.com

Objetivos. Conocer las tasas de resistencia de los uropatógenos a los antibióticos más comunes en las infecciones del tracto urinario (ITU) no complicadas de la mujer.

Material y métodos. Estudio observacional longitudinal en un centro de salud urbano, desde último trimestre 2007 hasta la actualidad, donde se reclutaron mujeres de 15 años o más con clínica de ITU no complicada; quedaron excluidas las pacientes con infección urinaria complicada y las embarazadas. Las pacientes se seleccionaron consecutivamente bien en visita programada, bien en visita de Urgencias. Se efectuó un urocultivo a todas ellas y se analizaron las tasas de resistencia de los distintos uropatógenos a los antibióticos recogidos en el antibiograma.

Resultados. Se reclutaron 471 mujeres: 155 tuvieron infección con altos recuentos de UFC (≥ 100.000 ufc/ml) y 150 presentaron infección urinaria con recuentos bajos (entre 1.000 y 100.000 ufc/ml); 166 (35,2 %) no presentaron infección urinaria. Se obtuvo antibiograma de 162 mujeres. *Escherichia coli* se aisló en 100 casos (61,7 %). Sus resistencias fueron del 23 % frente a cotrimoxazol, del 20 % frente a ciprofloxacino y del 13 % frente a amoxicilina y ácido clavulánico. En cambio, fueron solo del 2 % a nitrofurantoína y del 1 % frente a fosfomicina. Del análisis de resistencias destaca que las 18 cepas de *Proteus mirabilis* aisladas en nuestro estudio fueron todas resistentes frente a nitrofurantoína; de las 13 cepas de *Staphylococcus epidermidis*, 12 fueron resistentes a fosfomicina, y que las resistencias de los otros uropatógenos frente a amoxicilina y ácido clavulánico y quinolonas fueron prácticamente nulas.

Conclusión. Destaca el alto porcentaje de falsos positivos entre las mujeres con clínica de ITU. Las tasas de resistencia observadas en este estudio son menores que las reportadas en la literatura médica, probablemente porque en nuestro estudio solo tuvimos en cuenta a mujeres con cistitis no complicadas, pero es importante que sean conocidas por los médicos de familia que las tratamos.

//// ID 704

Seroprotección frente a meningococo C en una población de 16 a 65 años

Pérez Breva L, Morant Talamante N, Alemán Sánchez S, Abad Torreblanca R, Vázquez Moreno J, Díez Domingo J

Centro Superior de Investigación en Salud Pública. Valencia.

Comunidad Valenciana

Correo electrónico: linetapb@gmail.com

Objetivos. Estimar el nivel de seroprotección frente a meningococo C en una población de 16-65 años durante el año 2011-2012.

En 1997 se realizó una campaña de vacunación con una dosis de vacuna de polisacáridos simples contra meningococo C en la población con edad entre 18 meses y 19 años (cobertura 85 %). En el año 2000, se incluyó en el calendario vacunal la vacuna conjugada frente a meningococo C en lactantes con un programa de *catch up* progresivo hasta los 19 años de edad (cobertura sobre 90 % en niños menores de 6 años, y 35 % en el resto de edades).

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado sobre una muestra representativa de la población obtenida de centros de salud y hospitales de la Comunidad Valenciana.

Criterios de exclusión: inmunosupresión, enfermedad terminal, antecedentes de enfermedad meningocócica y trasplante de órganos.

Se realizó una extracción sanguínea tras la aceptación y firma del consentimiento informado. Las muestras se conservaron congeladas hasta su posterior envío al laboratorio de referencia para meningococos en España, donde se midió la actividad bactericida del suero (SBA) utilizando complemento de conejo; se consideró seroprotección cuando esta era igual o superior a 1: 8. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética.

Resultados. Los resultados preliminares incluyen 320 sujetos con edades comprendidas entre 16 y 65 años. En el grupo de 16-18 años de edad, el 48 % (IC 95 %, 27,80-68,69) mostró seroprotección; de 19-21 años, mostró seroprotección el 46,6 % (IC 95 %, 28,34-65,67); el 14,8 % (8,85-22,61) en el grupo de edad entre 22-40 años y el 8 % de los sujetos entre 41-65 años (IC 95 %, 4,20 -13,56).

Conclusión. La seroprotección de los sujetos incluidos en la campaña de *catch up* con vacuna conjugada frente a meningococo C permanece adecuada 11 años después de haber sido llevada a cabo.

EPOC y enfermedades respiratorias

//// ID 84

Programa de coordinación hospital, Atención Primaria y rehabilitación para reducir los reingresos en pacientes EPOC. «Nuevas claves en el rol de la enfermera de Primaria»

Teixidó Colet M, Bare Mañas M, Sánchez Cuervo O, Jaimez Sanjuán E, Solans Fernández O, Rodríguez González A

ABS Badia Del Vallès; ABS Creu Alta (Sabadell). Badia del Vallès, Sabadell. Cataluña

Correo electrónico: mteixido.colet@gmail.com

Objetivos. Valorar el efecto de una intervención domiciliaria después del alta de pacientes con EPOC grave ingresados por exacerbación.

Material y métodos. Estudio de intervención. Población: pacientes de mayores de 50 años con EPOC grave y antecedentes de más de un ingreso por exacerbación. Excluidos los pacientes con deterioro cognitivo, comorbilidad que limite el ejercicio físico, Barthel inferior a 80, inexistencia de cuidador y la participación en programa de rehabilitación en el año anterior. Se ha realizado una intervención domiciliaria compartida entre el servicio de Neumología, rehabilitación y el servicio de enfermería de referencia del centro de salud del paciente: rehabilitación, educación sanitaria, autocontrol y identificación precoz de la exacerbación. Las variables son: demográficas, FEV1, comorbilidad, número de visitas ambulatorias e ingresos en los seis meses posteriores al alta.

Resultados. Los datos preliminares del estudio incluyen 12 pacientes intervenidos y 12 con la sistemática habitual. Dos excluidos por mal seguimiento. La edad media del grupo intervenido es de 72 años (DE: 7) y un FEV1 de 43 % (DE: 11), mientras que la edad media de los controles es de 72 (DE: 5) años y un FEV1 de 45 % (DE: 17). Charlson de 2,8 (DE: 1,3) y de 3,5 (DE: 1,5) en el control. Sin diferencias significativas entre los dos grupos.

En el grupo intervenido hay una media de visitas programadas de 1,1 (DE: 1,1) y urgentes de 0,2 (DE: 0,2); en el grupo control de 0,6 (DE: 0,8) las programadas y 0,5 (DE: 0,9) las

urgentes, sin diferencias significativas en los dos grupos. En el grupo intervenido 1 ingreso (10 %) y en el control 7 ingresos (58 %), $p < 0,05$. La media de ingresos es 0,2 (DE: 0,6) en el grupo intervenido y de 0,9 (DE: 0,9) en el control, $p < 0,05$. **Conclusión.** Los datos preliminares del estudio indican que la implementación de un programa de educación sanitaria y de rehabilitación en el paciente EPOC grave después del alta postexacerbación realizada de forma compartida entre la especializada y Atención Primaria reduce los reingresos durante los primeros seis meses.

/// ID 119

Intervención educativa sobre asmáticos

Morales Barroso I, Dastis Bendala C, Cano Fuentes G, Manzanares Torne M, Fernández Gregorio A, Martín Romana L

CS Pino Montano. Jerez de la Frontera. Andalucía

Correo electrónico: imoralesjerez@hotmail.com

Objetivos. El objetivo es comparar a lo largo de un año los resultados sobre el control del asma (medido con el cuestionario ACT: Asthma Control Test) y la calidad de vida asociada al asma (medida con el cuestionario AQLQ: Asthma Quality of Life Questionnaire) de una intervención educativa específica, frente a la asistencia sanitaria habitual a los asmáticos de 18 a 55 años.

Material y métodos. Tipo de estudio: ensayo clínico con asignación aleatoria a dos grupos: intervención educativa (GI) y control (GC). Se realizó cegamiento en el análisis de los datos recogidos al inicio y trimestralmente durante un año a los pacientes asmáticos pertenecientes a dos centros de salud urbanos (Sevilla).

Participaron 163 pacientes de 18 a 55 años, 84 se asignaron al GI y 79 al GC. Finalizaron el seguimiento 102 (GI: 54 y GC: 48).

Resultados. Control y calidad de vida en el primer trimestre en el GI respecto al GC:

-Diferencia de medianas: ACT 3 ($p = 0,007$); AQLQT 0, 4 ($p = 0,037$); AQLQS 0, 8 ($p = 0,003$); AQLQLA0, 5 ($p = 0,016$).

-Probabilidad de control (ACT ≥ 20) 60 % mayor en el GI. NNT: 3,8 [2,4 a 9,4]

-Mejoría respecto al inicio: AQLQT $p = 0,005$, RR: 2,3 [1,3 a 4,1], NNT: 4,3 [2,6 a 12,4]; AQLQS $p = 0,011$, RR: 1,9 [1,2 a 3,3], NNT: 4,7 [2,7 a 17,1] y AQLQLA $p = 0,014$, RR: 2,0 [1,1 a 3,6], NNT: 5,0 [2,9 a 20,3].

No detectamos diferencias significativas en ACT y AQLQ en los trimestres restantes, tampoco en el número de exacerbaciones graves, moderadas, ausencias al trabajo o despertares nocturnos en ningún trimestre.

Conclusión. Estos talleres son eficaces para mejorar el control del asma y la calidad de vida durante la primavera, estación con mayor intensidad de síntomas, por lo que se realizan por estas fechas.

El NNT (número necesario de pacientes a tratar) está alrededor de 4 a 5 al final del primer trimestre.

Tabaquismo

/// ID 427

Análisis de la intervención avanzada grupal con fumadores en un centro de salud

Castillo Trillo B, Ramírez Aliaga M, Pérez Vidal L, Acero Guasch N, Muñoz Cobos F, Canalejo Echeverría A
CS El Palo. Málaga. Andalucía

Correo electrónico: bea_zirt@hotmail.com

Objetivos. Evaluar los resultados (abandono del hábito tabáquico al final de la intervención) de la intervención avanzada grupal y los factores relacionados con el cese del tabaquismo. **Material y métodos.** Descriptivo longitudinal (2009-2011). Centro de salud urbano.

Intervención avanzada grupal. Programa multicomponente. Derivación por médicos y enfermeros. Entrevista previa. Seis sesiones grupales. Variables: edad actual, sexo, edad de inicio, convivientes fumadores, enfermedades relacionadas, puntuación en la escala de Fagöström, empleo de fármacos y tipo (terapia sustitutiva nicotínica [TSN], bupropión, vareniclina). Variable dependiente: abandono al final de la intervención. Análisis bivariante mediante ji al cuadrado para variables cualitativas y test no paramétricos (U Mann Whitney) para cualitativas. Análisis multivariante mediante regresión logística binaria. Alfa 0,05.

Resultados. 7 grupos. 140 pacientes. Edad media 52,32 años, 51,4 % varones. Edad media de inicio 17,7, con un 61,8 % de porcentaje acumulado de pacientes que habían comenzado a fumar antes de los 17 años. El 50,4 % no padecen enfermedades relacionadas con el tabaco y solo un 23,2 % han tomado algún tipo de fármaco, la TNS en el 80 % de los casos. Un 50,7 % presenta dependencia moderada. Un 53,6 % asisten a más de 4 sesiones, solo un 23,6 % asisten a todas. Abandonan el hábito tabáquico un 24,3 %, y solo un 10 % continúa sin fumar a los 12 meses. Un 57,6 % de los pacientes que acuden a las 6 sesiones abandonan el hábito tabáquico al final de la intervención, siendo un 18,2 % después de 12 meses. Regresión logística: se identifican asociados significativamente al abandono el mayor número de sesiones (Exp B = 3,42. IC 1,96-5,97).

Conclusión. Al finalizar los grupos, solo un bajo porcentaje de los fumadores consiguen abandonar el hábito tabáquico, porcentaje que desciende a los 12 meses de la intervención. La asistencia a un mayor número de sesiones es un factor asociado al éxito de la intervención, pues es mayor el abandono en los que realizan el programa completo.

/// ID 641

La espirometría como estrategia motivadora que mejora la efectividad del consejo para dejar de fumar

Martín Luján F, Martín Vergara N, Aparicio Llopis E, Jardí Piñana C, Sorlí Aguilar M, Piñol Moreso J

Grupo Estudio de Patología del Aparato Respiratorio en Atención Primaria (gepar). Idiap Jordi Gol. Tarragona. Cataluña

Correo electrónico: fmartin@camfic.org

Objetivos. Evaluar la efectividad de una estrategia motivacional contra el tabaquismo basada en suministrar información sobre los resultados de la espirometría.

Material y métodos. Diseño: ensayo clínico aleatorizado, controlado y multicéntrico en Atención Primaria.

Sujetos y emplazamiento: se incluyeron sujetos fumadores de 35-70 años, sin antecedentes de patología respiratoria, que dieron su consentimiento informado. La fase de reclutamiento duró 2 años (de junio de 2008 a junio de 2010) y el seguimiento prospectivo 1 año. Mediante cuestionario estructurado se recogieron variables clínicas y de hábito tabáquico (consumo, dependencia y motivación).

Intervención: en todos los participantes se solicitó espirometría forzada con PBD. Los sujetos con resultados normales fueron aleatorizados al grupo control, donde recibieron un breve consejo antitabaco, o al grupo intervención, donde además recibieron una explicación estandarizada de su espirometría. A todos los pacientes cuyas pruebas salieron alteradas se les informó sobre el resultado y se los derivó a su médico para valoración clínica.

Variables y métodos de evaluación: se compararon tasas de abstinencia a los 12 meses.

Resultados. Se analizaron 866 sujetos con edad media de 52,1 años (DE: 8,3), de ellos, 454 eran varones (52,4%). Los participantes fueron agrupados en cuatro categorías: 1) 119 que no realizaron las pruebas o estas no fueron de la calidad técnica suficiente; 2) 294 con resultados normales y que fueron asignados al grupo control; 3) 289 con pruebas normales que fueron informados de ello y asignados al grupo intervención, y 4) 164 con pruebas alteradas que también fueron informados y remitidos a su médico para continuar el estudio. Estos grupos fueron comparables respecto a las variables estudiadas. La abstinencia a los 12 meses fue globalmente del 16,5% (125 individuos), aunque resultó significativamente mayor en los pacientes que recibieron información sobre su espirometría, estuviera o no alterada (19,9%; 83 sujetos), respecto a los que no fueron informados o no la realizaron (12,3%; 42 casos) ($p = 0,03$).

Conclusión. El presente estudio confirma la efectividad del consejo antitabaco, que se incrementa cuando la intervención se refuerza utilizando la espirometría como elemento motivador.

//// ID 645

Deshabitación tabáquica: ¿existe relación entre resultados espirométricos y las recaídas?

Trenc Español P, Clemente Jiménez L, Rubio Aranda E, López López F, Pau Pubil M, Martín Cantera C

Asociación para la Prevención del Tabaquismo en Aragón; Consorcio Sanitario de Alta Resolución Cinco Villas; CS Santo Grial (Huesca). Zaragoza. Aragón
Correo electrónico: lclementej@iservicesmail.com

Objetivos. Determinar la relación entre las recaídas en la deshabituación tabáquica y la función pulmonar a través de la realización de espirometría en una cohorte de fumadores. **Material y métodos.** Estudio descriptivo. Se hizo un seguimiento durante un año a los fumadores que acudieron a una Unidad de Deshabituación Tabáquica, protocolizando las visitas a la semana, mes, dos meses, seis meses y año tras la visita inicial. Se les realizó una espirometría en la que se registró: FVC (l/s), FVC %, FEV 1 (l/s), FEV 1 %, FEV1/FVC %, FEF 25-75, FEF 25-75 %. Se definió la recaída como el consumo de cinco o más cigarrillos al día durante tres días consecutivos después de un período de abstinencia de al menos 24 horas, confirmado con cooximetría (≥ 10 ppm). Los pa-

cientes recibieron tratamiento psicológico, así como farmacológico (TSN, bupropión y vareniclina).

Resultados. De los 1.503 pacientes, el 47,7% eran varones y el 52,3% mujeres, con edad 49,6 años (DE = 11,6). De estos, el 49% fueron tratados con TSN, el 32% con bupropión y el 18% con vareniclina. Al comparar los resultados de la espirometría entre los fumadores que recayeron y los que no, se observan diferencias significativas en todas las determinaciones, siendo las cifras mejores entre las personas que no recayeron.

No recayeron frente a recayeron \times (DE)

FVC: 3,92 (0,74) frente a 3,244 (0,79).

FVC %: 89,5 (31,93) frente a 83,85 (12,97).

FEV1: 2,99 (1,43) frente a 2,39 (0,45).

FEV1 %: 93,50 (29,78) frente a 83,142 (11,08).

FEF 25-75: 3,00 (1,21) frente a 1,92 (0,49).

FEF 25-75 %: 95,722 (32,20) frente a 72,714 (19,05).

Conclusión. Las personas con peor funcionalidad respiratoria sufren más recaídas durante el proceso de deshabituación tabáquica. Sería interesante llevar a cabo una intervención más intensiva sobre las personas con patología respiratoria más grave que quieren dejar de fumar, ya que existe evidencia de que son quienes mayor beneficio obtendrían al conseguir la abstinencia.

//// ID 721

Las vidas que podríamos salvar con una consulta sobre tabaquismo en nuestro centro de salud. Resultados a cinco años

Salguero Chaves E, Rodríguez Ferreira N, Méndez

Salguero M, Cantero Macedo M

CS Valdepasillas. Badajoz. Extremadura

Correo electrónico: emiliosalcha@yahoo.es

Objetivos de la experiencia. Ofrecer ayuda protocolizada en el centro de salud (CS) a fumadores para que logren su deshabituación tabáquica. Aprovechar su motivación para modificar otras conductas de riesgo.

Descripción de la experiencia. Consulta permanente todo el año. Los fumadores fueron derivados por su médico de cabecera. En visitas individuales (cada 7-28 días), se aportó apoyo motivacional, material escrito y recursos *on-line*. Al sujeto se le ofreció la posibilidad de intentar la reducción progresiva hasta dejar de fumar (RHD) o bien de prescribirle fármacos autorizados: terapia sustitutiva de nicotina (TSN), bupropión o vareniclina.

En 5 años acudieron 227 sujetos. De ellos, lograron la cesación tabáquica completa el 72% y el 81%, respectivamente, tras 3 y 6 meses de intervención. El 24% de los éxitos fue con RHD y el 76% con fármacos, de estos, el 83% con vareniclina. Todos los fracasos (19%) se debieron a abandono del programa. Además, se intervino educacionalmente sobre hábitos dietéticos, actividad física (AF) y consumo de alcohol, si había exceso de peso, sedentarismo o consumo enólico excesivo. Al alta (tras 10-12 semanas sin fumar), encontramos leve disminución del peso corporal (-0,5 Kg) y de la frecuencia cardíaca (-6 lpm), así como importantes incrementos en AF semanal (135%) y autopercepción de calidad de vida (20,5%). El consumo medio de unidades de alcohol (UBE) en el conjunto de sujetos descendió un 42%.

El 91% de los que lograron el cese del hábito seguían sin fumar 12 meses después del alta.

Conclusiones. Una consulta de tabaquismo en el propio CS resultó altamente efectiva para la deshabituación. Además, resultó útil para inducir cambios favorables en otros hábitos de riesgo, sobre todo AF y consumo de alcohol.

Aplicabilidad. Un médico de familia no necesita recursos adicionales ni formación exhaustiva para iniciar una consulta de ayuda al fumador. Bastan 60-90 minutos semanales de consulta programada para tratar 40-50 pacientes al año. El agradecimiento de los pacientes y la convicción de que estamos salvando vidas hacen el resto.

SESIÓN ORAL 5. DOCENCIA Y CALIDAD (I)

Jueves, 14 de junio / 15.30-17.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A3.1

Docencia (experiencias docentes)

//// ID 532

Formación en un medio rural: una visión completa del médico de familia. Alarcón Belmonte I

CAP Poblenou. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: irisalarconb@gmail.com

Objetivos de la experiencia. Integrarse dentro de un equipo de profesionales sanitarios de medio rural; conocer la geografía, la estructura y organización del ABS; potenciar la relación médico-paciente en una comunidad pequeña.

Descripción de la experiencia. Trabajar y vivir en una zona rural durante cinco semanas en un municipio de 2.229 habitantes, e integrarme en el equipo de profesionales de una zona que cumple las características de medio rural. Durante la experiencia, me ha sido asignado un médico referente con quien realizo las actividades asistenciales y de gestión del centro. Así, he podido conocer las características propias de un centro rural: el trabajo con equipo sanitario reducido (un solo enfermero, un pediatra que visita de forma ocasional, una administrativa), por lo que de forma frecuente se deben asumir tareas de otros profesionales. Dado que se trata de una población envejecida a la que preferentemente la familia cuida en el domicilio, la atención domiciliaria y la atención al final de la vida se vuelve una actividad fundamental en el día a día del ámbito rural. Por otra parte, la relación médico-paciente es estrecha, con conocimientos profundos por parte del médico tanto del paciente como de la unidad familiar, lo que me ha permitido profundizar en los conocimientos sobre la relación con el paciente y en los aspectos más humanos de nuestra actividad profesional.

Conclusiones. La medicina rural ha aportado a mi formación una visión de mi labor como médico holística y me ha permitido descubrir aspectos humanos y sociales de nuestra relación con el paciente. Por otra parte, he podido profundizar en el conocimiento sobre la atención domiciliaria, manejo de fármacos y la atención urgente en la infancia y adolescencia.

Aplicabilidad. Todos los residentes de medicina de familia deberían tener la posibilidad de trabajar durante unos meses en un ámbito rural, dado que aporta competencias y habilidades fundamentales para el desarrollo de un médico de familia completo.

//// ID 739

Plan de mejora de los centros de salud docentes de una comunidad autónoma

Miquel Gómez A, López Romero A,
Abánades Herranz J, García Olmos L,
Martín Fernández J, Garrido Barral A

Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad de la Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Madrid. Madrid

Correo electrónico: gapyc@salud.madrid.org

Objetivos de la experiencia. Elaborar, en el ámbito autonómico, un plan para mejorar la situación de los tutores y de los centros de salud docentes adecuándola a los requisitos necesarios para desarrollar su actividad, con lo que se contribuye a la mejora de la formación de los especialistas en formación. **Descripción de la experiencia.** Se realizó un análisis de situación cuantitativo de los centros docentes y otro cualitativo a partir de ocho reuniones con los tutores. Se constituyó un grupo de trabajo con participación de profesionales de la institución y de sociedades, asociaciones, colegios profesionales de medicina y enfermería. A través de técnicas cualitativas, se identificaron áreas de mejora y se definieron 6 líneas de actuación que contemplaban 19 soluciones y 36 acciones a realizar, con lo que se estableció un cronograma de actuación y unos responsables para llevarla a cabo.

Conclusiones. El desarrollo del plan facilita que los tutores dispongan de más tiempo para realizar actividades docentes y que se potencie el prestigio y reconocimiento de los mismos. Al mismo tiempo, permite mejorar la dotación de centros docentes, las acciones formativas dirigidas a residentes y tutores y la situación de los residentes. Entre las acciones puestas en marcha destacan:

- Flexibilización de las agendas de los profesionales.
- Establecimiento de un presupuesto finalista en los contratos programas de los centros docentes para labores de tutorización.
- Limitar los umbrales de pacientes asignados en los centros docentes.
- Facilitar la implantación de turnos deslizantes.
- Priorizar centros de salud docentes para la implantación de proyectos innovadores como receta electrónica o ecografía, y tutores en proyecto de investigación.
- Establecer un plan de formación continuada específico para tutores.

Aplicabilidad. Se está desarrollando un plan de mejora con participación de la institución, tutores y representantes de sociedades, asociaciones y colegios profesionales que incluye líneas estratégicas, objetivos y actuaciones consensuadas, realistas y alcanzables que permiten mejorar la situación de los tutores y de los centros de salud docentes.

Validación de estudios

//// ID 724

Determinación del índice tobillo brazo mediante oscilométrico y doppler en pacientes con hipertensión arterial

Fernández De Sammamed Gutiérrez R,
Díaz Rodríguez L, Rodríguez García A, Guillén Alfaro M

CS El Cristo y CS de Colloto. Oviedo. Asturias

Correo electrónico: dralid@hotmail.com

Objetivos. Comparar el índice tobillo brazo (ITB) mediante oscilométrico automático y dópler manual, para el diagnóstico de Enfermedad Arterial Periférica (EAP), en pacientes con hipertensión arterial (HTA) atendidos en Atención Primaria.

Material y métodos. Estudio de pruebas diagnósticas realizado en las consultas de dos centros de salud. Se incluyó consecutivamente 100 sujetos mayores de 50 años que acudieron a consulta, diagnosticados de HTA mediante episodio clínico en el programa OMI-AP, excluyendo; pacientes con fibrilación auricular, ITB dópler > 1,4 o patología en miembros inferiores. Se registraron variables demográficas, clínicas y analíticas. Se realizó análisis descriptivo univariante; mediante distribuciones de frecuencia y media, bivariante; mediante coeficiente de correlación intraclase; de Pearson, Sensibilidad y Especificidad, con sus correspondientes intervalos de confianza, empleando el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados. Se realizaron 400 determinaciones del ITB con oscilométrico y dópler, perdiendo tres valores por no captar señal de flujo. El brazo derecho fue dominante en el 63% de los casos con TAM de 143/79. El 54% eran mujeres, siendo la edad media 70 años y el 56% no fumadores. El 54% presentaban dislipemia, 25% diabetes y el 27% padecieron algún evento cardiovascular.

El ITB mediante oscilométrico fue de 1,17 (IC 95%: 1,13-1,20) en pierna derecha y 1,00 (IC 95%: 1,15-1,11) en izquierda, empleando un tiempo de medición de 244 segundos. Los resultados con dópler fueron 1,10 (IC 95%: 1,06-1,13) y 1,07 (IC 95%: 1,03-1,11) respectivamente, en un tiempo de 521 segundos. El coeficiente de correlación intraclase para ambos métodos fue 0,33, siendo el de Pearson 0,474 ($p < 0,001$). Se consideró EAP un ITB dópler < 0,9 y oscilométrico < 1,0 resultando una sensibilidad de 87,5% (58,3-100%) y especificidad de 90% (83,2-96,7%).

Conclusión. El tensiómetro oscilométrico presenta una alta sensibilidad para detectar enfermedad arterial periférica si se eleva el umbral diagnóstico a un índice tobillo brazo < 1, obteniendo los resultados en la mitad de tiempo que el dópler.

//// ID 237

Identificación de candidatos para ensayos clínicos basado en criterios parametrizables

Coma Redón E, Méndez Boo L, Morros Pedrós R, Mercadé Costa A, Vinyoles Bargalló E, Medina Peralta M
Sisap. ICS. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: mmedinap@gencat.cat

Objetivos de la experiencia. Desarrollar un sistema parametrizable de identificación de pacientes candidatos a participar en ensayos clínicos a partir de la explotación informática de la historia clínica electrónica (HCE) de Atención Primaria.

Descripción de la experiencia. En noviembre de 2011 se desarrolló un sistema de identificación de pacientes a partir de los datos de la HCE. El investigador principal del ensayo clínico define los criterios de inclusión y exclusión, basados en problemas de salud, variables y prescripciones. Mediante un algoritmo informático se identifican de manera semiautomática dichos pacientes. Cada médico participante en el ensayo, y solo él, puede visualizar desde su HCE un enlace a una página web con los listados de los pacientes que cumplen los criterios, lo que facilita el reclutamiento y la gestión

de la situación. A partir de los diferentes estudios se construirá una base de datos del conjunto de ensayos que permitirá cuantificar y hacer seguimiento de los profesionales participantes y el número de pacientes reclutados.

Conclusiones. La experiencia se está probando en dos ensayos clínicos, uno sobre antidiabéticos orales, en el que se identificaron 839 candidatos y participan 9 EAP, y otro sobre paracetamol, con 4.463 candidatos y participación de 13 EAP; próximamente se añadirá un tercer ensayo sobre fármacos en pacientes con EPOC. En un estudio, 38 médicos, y 21 en el otro, han consultado los listados de selección de pacientes con medias de 3, 21 y 1,6 consultas.

El uso de la herramienta cambiará la manera como los profesionales identifican a los pacientes susceptibles de formar parte de un ensayo clínico.

Aplicabilidad. Una vez creados los algoritmos de identificación de pacientes susceptibles, el sistema se puede aplicar a distintos tipos de estudio siempre que se definan los criterios de inclusión y exclusión. Esta herramienta supondrá un ahorro del tiempo dedicado a la búsqueda de estos pacientes.

Gestión, atención y calidad asistencial

//// ID 187

Hiperfrecuentadores *versus* normofrecuentadores en Atención Primaria de salud: factores sociales asociados.

Calvo Rojas V, Rodríguez Pérez E, Rodríguez Molinet J, Pomares Costa A, Ramell Gutiérrez A, Manzanares Rodríguez S

CAP Montnegre. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: Valentin_Calvo@Hotmail.Com

Objetivos. Comparar el grado de disfunción socio-familiar, y el consumo asistencial, entre la población hiperfrecuentadora y la población no hiperfrecuentadora.

Material y métodos. Diseño: casos y controles.

Ámbito: 13 equipos de Atención Primaria (EAP) de una gran ciudad, que proporcionan asistencia pública ambulatoria a una población de 363.351 personas.

Sujetos: se seleccionaron como casos pacientes clasificados como hiperfrecuentadores (visitas, 18 o más [P95]) y como controles pacientes no hiperfrecuentadores. Se aparearon por edad, sexo y EAP. Cálculo tamaño muestral: 494.

Intervenciones: entrevista con entrevistador entrenado. Se administraron cinco cuestionarios: APGAR, Duke, escala de Goldberg, Millon y datos sociodemográficos.

Variables: disfunción familiar: grave (APGAR <= 3), moderada (4-6), no disfunción (>= 7). Disfunción social: disfunción social (Duke < 32), no disfunción social (>= 32). Consumo asistencial (en un año): media de medicamentos; número de: derivaciones especialistas, pruebas complementarias, visitas al médico de familia, visitas enfermera, visitas a otros profesionales de AP (datos extraídos registro historia clínica informatizada) (eCAP).

Análisis estadístico: descriptivo y bivariante (t de Student o ANOVA para comparar las variables cuantitativas entre hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores, y la ji al cuadrado para comparar entre estos dos grupos las variables categóricas) ($p < 0,05$).

Limitaciones: la frecuentación ha sido estudiada de forma retrospectiva, por este motivo no podemos determinar la dirección de las asociaciones.

Aspectos ético-legales: protocolo aprobado por CEIC Fundación Jordi Gol. La participación fue voluntaria, sin remuneración y con consentimiento informado.

Resultados. $n = 249$; 52,2 % mujeres. 134 hiperfrecuentadores: 53,73 % mujeres, edad (x ; sd) = 63,20; 15,49. No hay diferencias significativas en las características poblacionales respecto a los no hiperfrecuentadores. El 10,4 % de los casos presentan disfunción familiar grave frente al 5,4 % de los controles ($p = 0,335$). El 13,6 % de los casos presentan disfunción social frente al 9,3 % de los controles ($p = 0,302$). Hay diferencias significativas en relación con todas las variables relacionadas con el consumo sanitario.

Conclusión. Ser hiperfrecuentador podría estar relacionado con mayor disfunción social, familiar o ambas, aunque se necesitan estudios más amplios para poder corroborarlo.

//// ID 228

Adecuación de la indicación de las colonoscopias realizadas en nuestra área sanitaria durante el primer año de implantación de un programa de screening autonómico

González Rodríguez A, Martín Morán M, Pérez-Holanda S

Hospital Valle del Nalón. Langreo. Asturias
Correo electrónico: nimlothel@gmail.com

Objetivos. Evaluar la adecuación de la indicación de las colonoscopias realizadas en nuestra área sanitaria, solicitadas dentro de un programa autonómico de detección precoz de cáncer colorrectal.

Material y métodos. Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas digitales de los pacientes con colonoscopias solicitadas tanto desde Atención Primaria (AP) como especializada (AE) en nuestra área sanitaria, realizadas durante 2011. Se establecieron como adecuados los criterios establecidos en la guía editada dentro de dicho programa (Lauret Braña 2010). Se utilizó la prueba ji al cuadrado para comparar variables cualitativas, siendo las diferencias significativas para un valor $p < 0,05$.

Resultados. Se incluyeron 1.055 pacientes (54,9 % varones y 45,1 % mujeres; edad media 62,4 años \pm 14,8 DE). De ellos, fueron solicitados desde AP 101 pacientes, 9,6 %.

Criterios adecuados de indicación: (n ~ %)

1. Rectorragia > 50 años: 203 ~ 19,2 %
 2. Riesgo familiar: 129 ~ 12,2 %
 3. Riesgo personal: 239 ~ 22,7 %
 4. Hallazgo patológico radiodiagnóstico: 27 ~ 2,6
 5. Hallazgo patológico exploración física: 78 ~ 7,4 %
 6. Estudio de anemia ferropénica: 131 ~ 12,4 %
 7. Diarrea crónica > 4 semanas : 46 ~ 4,4 %
 8. Cambio de hábito intestinal: 73 ~ 6,9 %
 9. Tenesmo: 7 ~ 0,7 %
-

En 122 pacientes no se encontró ninguno de estos criterios (11,6 %). En AP, la inadecuación se observó en 11 pacientes (10,9 %; $p = 0,59$). Las causas de inadecuación más frecuentes fueron: control poscolectomía fuera del rango establecido, edad < 50 años, cancerofobia y diverticulosis.

Se encontraron hallazgos patológicos en 238 pacientes (22,6 %): 17,4 % pólipos y 5,1 % cáncer colorrectal.

Conclusión. 1) En nuestra área sanitaria, el porcentaje de colonoscopias solicitadas de forma inadecuada resultó bajo (Peytremann-Bridevaux 2006; Fernández-Esparrach 2007; Hassan 2008; Carrión 2010; Argüello 2012). 2) No hemos encontrado diferencias significativas entre AP y AE en la inadecuación de su indicación. 3) Se ha detectado enfermedad colorrectal premaligna y maligna en un número de casos similar a la bibliografía publicada en nuestro país (Valiñas LP 2002).

//// ID 235

La información, ¿ayuda a mejorar la indicación de tiras de insulina?

Medina Peralta M, Fina Avilés F, Fábregas Escurriola M, Hermosilla Pérez E, Méndez Boo L, Coma Redón E

Sisap. ICS. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: mmedinap@gencat.cat

Objetivos. Analizar el efecto de un sistema de retorno de información a profesionales sobre la adecuación y gasto en la indicación de tiras reactivas de autoanálisis en diabéticos tipo 2.

Material y métodos. Ensayo clínico aleatorizado por conglomerados no ciego en 265 equipos de Atención Primaria que atienden a 271.857 pacientes diabéticos tipo 2. Se incluyeron todos los médicos de familia y enfermeras de los EAP y se excluyeron cuatro EAP por utilizar un programa de historia diferente; hubo un abandono. Los profesionales del grupo intervención recibieron mensualmente indicadores de adecuación de autoanálisis (*feedback*) e identificación de pacientes con inadecuación mediante listados ligados a la historia clínica informática (recordatorios). Se compararon el porcentaje de adecuación, el gasto mensual por diabético y la media de la hemoglobina glicada tras la intervención. Se realizó análisis multinivel. El equipo investigador no tuvo acceso a datos identificativos de pacientes. El proyecto recibió la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica. Limitaciones: el período de estudio fue de seis meses. Los profesionales no estaban cegados.

Resultados. No se encontraron diferencias significativas en las variables preintervención de ambos grupos. La intervención ha tenido efecto en la adecuación (86,1 % intervención, 77,3 % control) ($p < 0,001$) con una OR = 1,85, IC 95 % (1,58-2,18). La mejora de adecuación del grupo intervención respecto al control ha sido de un 11,38 % (11,04-11,81) y del gasto mensual por diabético de un 11,56 % (4,77-18,34). El grado de control metabólico de los pacientes en ambos grupos no ha variado significativamente tras la intervención.

Conclusión. Un sistema de *feedback* y recordatorios mejora la adecuación de la indicación de autoanálisis por parte del profesional y el gasto en tiras reactivas por diabético, sin que ello afecte al control metabólico de los pacientes.

//// ID 314

Opiniones, vivencias y expectativas de los usuarios del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) de una zona necesitada de transformación social urbana
Ramos Ruíz J, Pérez Milena A, Enguix Martínez N, Álvarez Nieto C

CS El Valle. Jaén. Andalucía

Correo electrónico: ramosruiz@gmail.com

Objetivo. Conocer las opiniones, vivencias y expectativas de los/as usuarios/as del SSPA de una zona necesitada de transformación social (ZNTS) sobre el sistema sanitario.

Pacientes y métodos. Estudio cualitativo mediante grupos de discusión en una zona básica de salud urbana de 16.000 habitantes, con un 60 % de población en ZNTS. Se realiza un muestreo intencional de los usuarios/as a través de diferentes profesionales del centro. Criterios de homogeneidad: edad; heterogeneidad: sexo, frecuentación, patologías crónicas, activo/pensionista, nivel cultural/económico. Videograbación de las entrevistas (60-80 minutos), moderadas por una socióloga ajena al centro y posterior transcripción literal. Análisis: codificación, triangulación de categorías y obtención/verificación de resultados.

Resultados. Participaron 47 usuarios/as en 7 grupos de discusión y 4 entrevistas en profundidad. Seis categorías principales: 1) Continuidad de atención: se rechazan cambios de cupo, solicitan continuidad de profesionales y mayor información; 2) Accesibilidad en Primaria: barreras físicas alrededor del centro, necesidad de mejora de la atención en admisión, buen funcionamiento de la cita previa, tiempos de espera y consulta personalizados/escasos, receta electrónica y atención domiciliaria bien valoradas; 3) Accesibilidad en hospital: debate sobre el papel de Atención Primaria para diagnosticar/derivar precozmente al hospital, demora en las revisiones hospitalarias, rechazo a recibir informes por correo, mala organización y gestión de Urgencias hospitalarias (máxima demora y profesionales noveles); 4) Valoración de los profesionales: calidad profesional ligada a la calidad/calidez humana. Enfermera de enlace y trabajadora social muy valoradas pero poco conocidas; 5) Organización: desconocimiento del coste económico y derechos/deberes, falta de liderazgo; 6) Cartera de servicios: amplia ayuda material y domiciliaria, críticas a la ley de dependencia, desconocimiento de la tarjeta de cuidador de gran discapacitado, escasa difusión de los programas del centro en el barrio.

Conclusión. El centro de salud y el sistema sanitario deben permitir e incorporar las opiniones y expectativas de la comunidad para una mejora real de la calidad asistencial.

//// ID 399

Diferencias en la tasa de interconsultas a especialidades de segundo y tercer nivel según las características del equipo de Atención Primaria
Uriona Tuma S, Ramos Pérez F, Hermosilla Pérez E, Medina Peralta M, Elorza Ricart J, Méndez Boo L

Sisap-Institut Català de la Salut. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: soniaurionatuma@gmail.com

Objetivos. Identificar las características de los equipos de Atención Primaria (EAP) asociadas a cambios en la tasa de interconsultas (TI) a segundo y tercer nivel.

Material y métodos. Estudio ecológico, transversal. Se incluyeron 251 EAP que atienden a 3,5 millones de pacientes. Los datos se obtuvieron a partir de las bases de datos de la historia clínica informatizada. La TI para cada EAP (variable dependiente) se calculó como el cociente entre el número de interconsultas y la población atendida durante el año 2011. Como variables explicativas se incluyeron características demográficas (índice de envejecimiento, índice de feminización, grupos de riesgo clínico [CRG], porcentaje de población inmigrante proveniente de países de baja renta, dispersión geográfica) y organizacionales (frecuentación, presión asistencial, cupo, días de demora para la cita en el EAP, número de médicos, docencia, autonomía de gestión, estándares de calidad). Se utilizó el modelo de regresión binomial negativa. Se presentaron los resultados como el ratio de la tasa de incidencia entre grupos (IRR) con su intervalo de confianza al 95 %.

Resultados. La TI media fue de 271 por mil personas-año (rango: 91-510). En el análisis multivariado, los factores relacionados con cambios en la TI fueron la dispersión geográfica (IRR: 0,80 [0,70-0,91]), el índice de envejecimiento (IRR: 1,20 [1,10-1,30]), la frecuentación (IRR: 1,13 [1,04-1,23]), la demora (IRR: 1,13 [1,04-1,23]), el número de médicos (IRR: 1,06 [1,00-1,12]) y el estándar de calidad asistencial (IRR: 1,13 [1,05-1,23]).

Conclusión. Las diferencias en la TI entre EAP están asociadas a variables demográficas y organizacionales. Sin embargo, TI más altas no parecen estar relacionadas con estándares de calidad más bajos. Sería conveniente incorporar al análisis el nivel de paciente y profesional para explicar mejor la variabilidad de las TI.

//// ID 636

Cirugía menor. Descripción y análisis comparativo de la calidad

Oltra Rodríguez E, Osorio Álvarez S, Riestra Rodríguez R, González Aller C, Cabiedes Miragaya L, Fernández García B

CS de Llanera; Escuela de Enfermería del Sespa-Gijón;

Universidad de Oviedo. Siero. Asturias

Correo electrónico: kikeoltra@gmail.com

Objetivos. Conocer características de la cirugía menor (CM) programada realizada en Atención Primaria (AP).

Comparar la calidad técnica de dichas intervenciones según el ámbito y profesional que interviene.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal de la CM realizada en 2009 en 799.472 habitantes (44 centros de salud, 2 hospitales).

Obtención de todos los episodios presumiblemente relacionados con CM en la historia clínica electrónica de AP (21.525) y en los registros de hospitales (1.748). Muestra 90 % de potencia teórica, error tipo 1 (5 %), n = 340.

VARIABLES: consentimiento informado, anamnesis, anatomía patológica, anestesia y demoras.

Descriptivo de datos, comparación de medias y porcentajes, significación de diferencias.

Aprobación por gerentes y comité regional de ética. Compromiso en la confidencialidad de datos.

Resultados. En AP se abren 21.525 episodios presumiblemente relacionados con CM programable. Se realizan entre 1.618 y 2.008 intervenciones (IC 95 %) a un 0,2-0,25 % de la población.

Diagnósticos más frecuentes: verrugas (24,1%), fibromas (22,6%) y quistes (17,8%).

Intervenciones más frecuentes: extirpación de lesión subcutánea (23,8%) y electrocirugía (22,1%).

Se producen 6 complicaciones en AP (2,3%), todas ellas leves.

En AP, los médicos abren el 52,9% de los episodios y realizan el 37,7% de intervenciones, mientras que las enfermeras inauguran el 47,1% de los casos y realizan el 61,5%.

La demora media en el hospital es de 93,5 días (DE: 105,1), y en AP, de 2,5 días (DE: 5,7).

Consentimiento informado: en AP consta en el 42,8% de los casos y en el hospital, en el 93,5%. En AP, si interviene la enfermera aparece CI en el 95,6% de los casos, y con el médico, en el 40,3%.

Anamnesis: en el hospital se hacen más (84,8% frente a 65,8%), pero con mejor calidad en AP (bien 78,2% frente a 88,8%).

Anestesia: en AP consta su uso en un 24,5% de las intervenciones, mientras que en el resto o no precisó o no consta. En el hospital nunca se registra su empleo.

Anatomía patológica: en AP no se precisa en el 50,2% de los casos, y cuando sí se precisa se remiten el 19,5% al servicio más adecuado, no existen diferencias significativas entre profesionales. En el hospital, estos porcentajes son del 1,1% y del 95,6%, respectivamente.

Conclusión. Resulta más beneficiosa la realización de CM en AP por la menor demora que supone y su calidad equiparable a la CM realizada en hospital.

Queda pendiente valorar su eficiencia económica.

Se detectan importantes áreas de mejora tanto en registro como en calidad.

SESIÓN ORAL 6. DOCENCIA Y CALIDAD (II)

Jueves, 14 de junio / 17.30-19.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A3.1

Gestión, atención y calidad asistencial

//// ID 136

Proyecto ciudad: integrando la Atención Primaria
Lecumberri Pomar C, Bentué Ferrer C,
Arizaga Ciordia B, Ríos Calderón V,
Chumacero Gálvez L, Padilla Garrido M
CAP Maria Bernades y CAP Mas Font. Viladecans.
Cataluña

Correo electrónico: mcbentue.cp.ics@gencat.cat

Objetivos de la experiencia. La ciudad es la unidad mínima asistencial que el ciudadano identifica, y en ella no cabría esperar inequidad o diferencias en la Atención Primaria. A pesar de eso, nos encontramos, en el mismo municipio respuestas organizativas diferentes, una cartera de servicios desigual y el trabajo en red poco desarrollado.

Objetivos

- Garantizar la igualdad en la cartera de servicios
- Mejorar la accesibilidad
- Facilitar el trabajo en equipo y en red
- Potenciar el liderazgo clínico
- Fomentar la autogestión de los equipos

Descripción de la experiencia. Se identifican:

- Procesos estratégicos: dirección única, gestión de recursos humanos y económicos conjunta, plan de formación y desarrollo de alianzas para toda la ciudad.

- Procesos clave: gestión de la demanda, procesos administrativos, asistenciales tanto en el centro como en domicilio y la comunidad, procesos de seguridad clínica.

- Procesos de soporte: gestión de la información, infraestructuras, económico-financieros.

A partir de esto, se desarrollan unas líneas estratégicas conjuntas para las dos áreas básicas, las cuales permiten que los procesos claves se lleven a cabo de la misma manera para toda la ciudad, con lo que se unifica la gestión administrativa (ventanilla única), la elaboración de proyectos de pediatría, la odontología y el trabajo social territorial, la aplicación de las mismas guías de práctica clínica, el equipo conjunto de actividades comunitarias y la elaboración de un plan de calidad y de comunicación.

Conclusiones

- La Atención Primaria en clave ciudad mejora la atención al ciudadano por su coherencia y equidad.

- Es clave el liderazgo clínico distribuido.

- Es una integración funcional más que estructural.

- El grado de satisfacción es alto por parte del ciudadano y de los profesionales.

Aplicabilidad. Ámbito de la Atención Primaria en poblaciones no superiores a 100.000 habitantes.

//// ID 182

Nuevas tecnologías para gestionar la demanda asistencial

Altayo Sola A, Girón Pérez R, Carrasco Martínez J,
Gutiérrez Martínez I, Herrerías Rubio M, Sanz López J
CAP Ca N'Oriac. Sabadell. Cataluña
Correo electrónico: josepsanz@terra.es

Objetivos de la experiencia. El objetivo es disminuir las visitas presenciales para la entrega de resultados normales en análisis de control de pacientes con patologías crónicas.

Descripción de la experiencia. De un total de 5.600 extracciones realizadas durante el primer semestre del año 2011, se escogen 506 de forma aleatoria; todas corresponden a los controles habituales del paciente crónico.

Los resultados son evaluados de forma previa por cada uno de los médicos solicitantes. Los que son considerados normales se comunican mediante mensaje SMS o llamada telefónica.

- De un total de 506 análisis, 310 (61%) son mujeres y 196 (39%) son varones. Las edades oscilaron entre los 18 y los 90 años. Hasta los 60 años corresponden el 51%, y a mayores de 60 años el 49% restante. Las edades entre 60 y 80 años han representado el 45% de los análisis solicitados.
- Del total de 506 pacientes, a 246 (49%) se les asignó cita por orden del médico o la enfermera, y 61 pacientes (12%) fueron excluidos por diversos motivos. En el 39% restante (199 pacientes) no fue necesaria la visita presencial.
- El tiempo de consulta liberado mediante esta metodología, durante el primer semestre del año 2011, fue aproximadamente de 30 horas, considerando el tiempo medio de cada visita en 9 minutos.

Conclusiones.

- Esta metodología permite liberar más de un tercio de las visitas presenciales.

- El grado de satisfacción percibido por parte de los usuarios es elevado
- La aceptación por parte de los profesionales es buena, con una mejor gestión de la propia agenda.
- La implementación de este circuito ha permitido que el personal administrativo se sienta partícipe del trabajo en equipo.

//// ID 368

Tecnologías de información y comunicación en Atención Primaria: nueva aplicación informática para facilitar información al paciente

Otero Serra X, Barnils Costa E, Vilalta Alcón A, Sitjar Martínez De Sas S, Martí Grau D, Anguita Guimet A
CAP Les Corts. Gesclínic. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: xotero@clinic.ub.es

Objetivos de la experiencia. Implementar una aplicación informática en Atención Primaria que facilite el envío de información al paciente dentro de unos parámetros de eficacia y seguridad.

Descripción de la experiencia. En 2009 iniciamos en nuestro centro un proyecto de autogestión profesional que ha priorizado cambios en la organización asistencial, la docencia, la formación y en la incorporación de nuevas tecnologías de información y comunicación (TIC). Respecto a las TIC, presentamos la implementación de una aplicación informática innovadora que permite mejorar la accesibilidad y comunicación con nuestros pacientes, así como evitar su desplazamiento al centro de salud. En septiembre de 2011 empezamos a trabajar con una plataforma informática que permite enviar a nuestros pacientes por vía internet, de forma segura y personalizada, los resultados de exploraciones complementarias como análisis de sangre y orina y de planes de medicación con el formato de receta electrónica de nuestra comunidad autónoma. El programa informático permite, además, adjuntar un comentario escrito del médico. Entre los meses de septiembre y diciembre de 2011, los médicos de familia de nuestro centro enviaron un total de 191 planes de medicación y 221 resultados de analíticas de sangre y orina, con sus correspondientes comentarios por escrito, lo que permitió un ahorro de 412 visitas presenciales en estos 4 meses.

Conclusiones. La utilización de la nueva aplicación informática en nuestro centro ha facilitado el envío de analíticas y planes de medicación a los pacientes, de forma segura y personalizada, lo que ha evitado su desplazamiento al centro.

Aplicabilidad. Al tratarse de una metodología de complejidad media, consideramos que su uso puede generalizarse a cualquier centro de salud, y es especialmente útil en áreas de salud dispersas y en centros con saturación importante de visitas médicas. Esta herramienta informática abre la puerta a nuevos canales de comunicación con el paciente (compartir resultados de otras exploraciones complementarias, de parte de la historia clínica, información en salud...).

//// ID 450

Newsletter y promoción de las tecnologías de información y comunicación (TIC) en un centro de Atención Primaria (CAP)

Jiménez Leal R, Iruela López A, Pérez Gañán J, Martín Álvarez R, Campiñez Navarro M, Martínez Pallí L
Atenció Primària Vallcarca-Sant Gervasi. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: rjimenez@perevirgili.catsalut.net

Objetivos de la experiencia. Utilización de una nueva plataforma de comunicación entre el CAP y sus usuarios.

Facilitar la accesibilidad, el uso de servicios y el acceso a información sanitaria de calidad.

Contribuir a implementar nuestro plan estratégico en el uso de las TIC.

Descripción de la experiencia. Nuestro CAP da cobertura a 56.000 habitantes de ámbito urbano. Una parte cada vez mayor de la población tiene acceso y habilidades informáticas que permiten desarrollar herramientas diferentes para promover la salud y facilitar la accesibilidad. Uno de los puntos priorizados en el plan estratégico de empresa es la apuesta decidida por el desarrollo de las TIC.

En 2010 se inició una activa campaña de recogida de correos electrónicos en los datos administrativos de la historia clínica. En julio se envió por primera vez un Newsletter con carácter bimensual dirigido a estos usuarios. El Newsletter incluye: novedades, servicios, la revista *Fer Salut* y la promoción de otros instrumentos como la web, el blog joven, Facebook y Twitter. El Newsletter llega al 8 % de nuestra población asignada y ha permitido aumentar el número de entradas en la web en un año en un 510 % y la citación *on-line* en el mismo período un 253 %.

En los últimos 6 meses hemos desarrollado un aplicativo según aplicación de recogida y valoración de analíticas *on-line*. Un 30 % de los pacientes eligen este sistema para recibir sus resultados. Esto se enmarca en nuestra estrategia de priorización de la consulta no presencial.

Conclusiones. El Newsletter es una herramienta útil para potenciar las TIC.

El uso de TIC permite que la población nos conozca mejor y amplía nuestra oferta de servicios; creemos que aumenta la satisfacción de los usuarios y contribuye a mejorar la eficiencia de nuestra empresa.

Aplicabilidad. Cualquier CAP.

//// ID 579

Comunicación con el médico y la enfermera de Atención Primaria a través de correo electrónico.

Puesta en marcha y primeros resultados

Gutiérrez Jodra M

UAP Lakua-Arriaga. Comarca Araba. Osakidetza. Vitoria-Gasteiz.

País Vasco

Correo electrónico: maxi.gutierrezjodra@gmail.com

Objetivos de la experiencia. Determinar la efectividad de la comunicación con los pacientes a través del correo electrónico para disminuir el número de consultas presenciales y mejorar la satisfacción.

Descripción de la experiencia. Presentación y aprobación del proyecto por parte de la dirección de Comarca Araba.

Comunicación a todos los profesionales de la UAP. Implicación de los profesionales del área administrativa del centro. Elaboración de información detallada para los pacientes donde se recoge el objetivo de la comunicación por correo electrónico, las ventajas que ello puede suponer, criterios de utilización y forma de participación.

Elaboración de un documento de consentimiento informado donde el paciente aporta sus datos, manifiesta su conocimiento y acepta la transferencia de datos sanitarios.

Se establece el protocolo de actuación para el envío, recepción y respuestas a los correos, así como su registro e indicadores de evaluación.

El proyecto se ha implantado desde noviembre de 2011 y ha incluido a 72 participantes (5 % del cupo).

Se han recibido 29 correos por 22 motivos de consulta diferentes, que se desglosan a continuación: 11 tienen relación con la medicación; 10 lo utilizaron para solicitar resultados de pruebas de control o cribado; en un caso se comunicaba el seguimiento de IT.

Todas las consultas pudieron resolverse sin necesidad de visita presencial.

El tiempo medio de respuesta ha sido de 1,2 días.

Conclusiones. Se trata de una experiencia bien recibida por los pacientes y con resultados prometedores en la satisfacción tanto de estos como de los profesionales. No disponemos de datos en el tiempo para valorar la disminución de consultas presenciales.

Se abre la expectativa de envío de información sanitaria relevante a grupos de pacientes (con similar patología o factores de riesgo) o información general importante. Esperamos que sea bien aceptada por el paciente por la remisión de su médico o enfermera a su correo electrónico.

Aplicabilidad. La experiencia se ha desarrollado en una unidad de Atención Primaria con pocos medios y, por tanto, es fácilmente aplicable.

//// ID 697

ECOPIH, un proyecto de comunicación 2.0 entre niveles asistenciales en expansión

Lacasta Tintorer D, Flayeh Beneyto S, Alzaga Reig X, De La Fuente J, Martínez Salom G, Roig Pitarch E
CAP La Salut ; CAP Maragall. Badalona, Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: lacasta.david@gmail.com

Objetivos de la experiencia. Exportar el proyecto ECOPIH (herramienta de comunicación *on-line* entre Atención Primaria y los hospitales) a otras áreas de Atención Primaria, después de haber sido desarrollada con éxito en nueve centros de salud.

Descripción de la experiencia. La herramienta ECOPIH constituye una comunidad de práctica clínica donde los profesionales de Atención Primaria (AP) (médicos/as y enfermeros/as) pueden consultar casos clínicos con los especialistas de referencia en un entorno colaborativo donde el resto de los profesionales pueden leer los contenidos y participar en su discusión (tipo foro). También se puede compartir documentación y participar en un blog sobre novedades o asuntos de interés. Se está llevando a cabo desde febrero de 2010 en un área de AP que incluye 9 centros de salud (CS) y desde octubre de 2011 en otra área con 13 CS, cada una con sus respectivos centros y especialistas de referencia. En conjunto, consta de 456 miembros (283 y 173 respectivamente), 33 especialidades (22 y 6 exclusivas de cada territorio, 5 comunes), 359 casos consultados (321 y 38 en cada zona) y 185 documentos (173 y 12 en cada área). Los profesionales refieren un alto grado de satisfacción en lo que se refiere al uso de esta herramienta.

Conclusiones. ECOPIH permite la comunicación entre niveles asistenciales de forma rápida y ágil, de modo que mejora el grado de resolución de problemas de la AP gracias al hecho de que se comparte el conocimiento (web 2.0). Es fácilmente implementable en otras áreas, siendo liderado por los profesionales de AP del propio territorio. Creemos que disminuirá el número de derivaciones.

Aplicabilidad. Ayuda a resolver de forma novedosa la difícil comunicación entre profesionales, por lo que puede convertirse en una herramienta de uso cotidiano en la consulta y en la formación de los profesionales, dada su agilidad de utilización y bajo coste. Para aprovechar todo su potencial requeriría algunos cambios organizativos (adaptación de agendas...).

//// ID 734

Medir + evaluar = formar. Los sistemas de información como herramienta para la identificación de oportunidades de mejora en diabetes

Medina Martínez M, Quintana Cerezal J, Ochando Gómez M, Mas Asencio M, Catalán Oliver C

Departamento de Salud del Vinalopó. Elche-Crevillente-Aspe.

Comunidad Valenciana

Correo electrónico: mmmolina@vinaloposalud.com

Objetivos de la experiencia. Detectar las necesidades de mejora en el control metabólico de los pacientes diabéticos de un área de salud a través del análisis cuantitativo de las HbA1c y el número de ingresos de estos pacientes, así como implementar un programa de formación propio para los médicos de familia que obtienen resultados deficientes.

Descripción de la experiencia. Hemos analizado con el programa estadístico SPSS las HbA1c de todo nuestro departamento de salud, en total 4.887 solicitadas desde Atención Primaria en el segundo semestre de 2011; hemos obtenido los datos para cada una de las seis zonas básicas de salud (ZBS) y médico de familia y los hemos cruzado con grado de control de la diabetes (bueno, moderado, malo y pésimo) y los ingresos.

Se evidenciaron datos significativos comparando las ZBS y a los médicos de familia.

Estas diferencias han constituido el criterio de selección para incluir a 50 profesionales, 32 médicos y 28 enfermeras en un programa de formación propio sobre diabetes impartido por especialistas hospitalarios, médicos de familia y enfermeras del departamento sobre tratamiento, complicaciones y educación diabetológica.

Conclusiones. El 64,7 % de los pacientes presenta un buen control de la diabetes (< 6). La media de edad de los pacientes es de 58,7 años, de los cuales el 51,8 % son mujeres. La media de ingresos es de 9,4 %, y hay dos ZBS que tienen estadísticamente más pacientes con mal y pésimo control. En cuanto a los ingresos, también más en dos ZBS y más cuanto peor la glicada.

Aplicabilidad. Una vez detectadas las ZBS que presentan peores datos de control de los pacientes diabéticos, los médicos de familia inscritos en el curso formativo podrán mejorar el manejo de dichos pacientes, hecho que nos hemos propuesto medir en una segunda fase de evaluación programada para el segundo semestre de 2012.

Jueves, 14 de junio / 15.30-17.30 h
 Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
 Planta -2 / Sala A3.2

Otros / Miscelánea

/// ID 223

Entorno de aprendizaje virtual (plataforma Moodle): análisis de la implementación y satisfacción del programa formativo teórico de MFyC
 Gil Yubero J, Cerdón Granados F, Faixedas Brunsoms D, Llover Téllez M, Ezquioga Roura D, Solanas Saura P
EAP Girona-3. UDMAFyC Girona. Girona. Cataluña
 Correo electrónico: jgilyu@hotmail.com

Objetivos. El cumplimiento del programa formativo teórico de la especialidad de MFyC ha sido variable dependiendo de la distribución geográfica y de la adaptación a los horarios de las rotaciones de los residentes. Nuestra UDMAFyC se propuso en 2010 iniciar un proyecto docente utilizando un sistema de entorno de aprendizaje virtual (EAV) Moodle 1.9. Escogimos en una primera fase aquellas áreas con mayor proporción de contenidos teóricos: Epidemiología, Medicina Basada en la Evidencia, Bioética. Pretendemos determinar el grado de cumplimiento del programa formativo y el grado de satisfacción del programa formativo presencial y en EAV.

Material y métodos. Se valoró el seguimiento formativo de 58 residentes de R1 a R4. En 2008-2012, las sesiones fueron presenciales, y a partir de 2010 en los cursos aplicamos el EAV. Incluimos encuestas autoadministradas y anónimas que se realizaron al finalizar cada sesión o curso.

Resultados. Se evaluaron 10 cursos virtuales. Completaron los cursos virtuales el 69,4 % de los estudiantes, respecto al 79,7 % en los cursos presenciales. La asistencia media global a las sesiones presenciales ha sido del 73,8 %. Un 63,6 % consideró adecuado el tiempo invertido y un 61,4 % el esfuerzo, en EAV. Alrededor de un 75 % (75,4 %, 75 %, 76,6 %, y 73,7 % respectivamente) consideró útil el curso y de buenos a excelentes a los docentes, los cuestionarios y la teoría de la formación virtual. El 71,4 % los recomendarían. Asimismo, los equivalentes presenciales de los años anteriores fueron valorados de buenos a excelentes.

Conclusión. Los cursos que se realizaron en EAV fueron valorados de manera similar a los presenciales. Hubo una diferencia de un 10 % de cumplimiento a favor de los presenciales, posiblemente por la mayor implicación personal que requiere el EAV.

/// ID 234

De Atención Primaria a hospitalización a domicilio
 Conde del Pozo A, Loizaga Pérez S, Romero Bay I, Salas Cerezo A, Santamaría Fernández E
CS Rekalde; CS Ortuella; CS Mamariga. Bilbao, Ortuella y Santurce. País Vasco
 Correo electrónico: ana.b.conde@hotmail.com

Objetivos. Conocer las características y procesos de los pacientes derivados de Atención Primaria (AP) a hospitalización a domicilio (HAD).

Material y métodos. Diseño: descriptivo transversal.

Ámbito: un servicio de HAD y las unidades de Atención Primaria (UAP) de su área de referencia.

Sujetos: 218 pacientes de ambos sexos sin límite de edad derivados desde AP a HAD en el año 2010.

Mediciones: revisión de las hojas de derivación y las historias clínicas.

Variabes: sociodemográficas, calidad de hoja de derivación, motivos de derivación, intervenciones realizadas, destino al alta e ingresos previos en HAD.

Resultados. Edad media 73,5 años. Varones 56 %. Mujeres 44 %

En un 66,5 % de los casos se utilizó la hoja de derivación estandarizada, un 25,5 % fue cumplimentada correctamente.

Motivos de derivación más frecuentes: 44 % cuidados paliativos, 20,6 % anemia y 11,9 % ascitis.

Intervenciones más frecuentes: 39 % cuidados paliativos, 28 % transfusión sanguínea, 15,6 % técnicas evacuadoras, 15,6 % antibioterapia intravenosa.

El 20,3 % recibió más de una intervención.

Destino al alta: 70,6 % se derivaron a AP por mejoría, 22 % fallecieron, 5 % reingresaron, 2,3 % fueron trasladados a centro de paliativos.

Un 57,8 % tenía ingresos previos en el servicio y un 47,7 % ingresos en 2010.

La relación entre la no cumplimentación de la hoja y la existencia de episodios previos fue significativa, al igual que la relación entre los motivos de anemia o ascitis y la presencia de ingresos previos.

Conclusión. El grueso de la utilización del servicio se basa en los cuidados paliativos y en las técnicas transfusionales y evacuadoras.

Hay un alto porcentaje de reingresos en el servicio.

/// ID 318

Índice pronóstico de mortalidad en pacientes pluripatológicos en Atención Primaria: índice PROFUND-AP

Bohórquez Colombo P, Cuberos Sánchez A, Ortiz Camúñez M, Pascual de La Pisa B, Nieto Martín D
CS de Camas, Unidad de Investigación DSAP Aljarafe. Sevilla. Andalucía
 Correo electrónico: pilarbohorquez@hotmail.com

Objetivos. Desarrollar un índice pronóstico de mortalidad para pacientes pluripatológicos (PP) en el ámbito de Atención Primaria (índice PROFUND-AP) que nos permita estratificar el riesgo.

Material y métodos. Estudio longitudinal prospectivo multicéntrico de seguimiento a dos años de una cohorte de 447 PP pertenecientes a tres centros de salud.

Variabes dependiente: mortalidad a los dos años. **Variabes independientes:** variables sociodemográficas, clínicas, antropométricas, analíticas, prescripción farmacológica, valoración cognitiva, funcional y sociofamiliar y uso de los recursos sanitarios.

Análisis estadístico: 1) Análisis univariante descriptivo de las características de la población; 2) análisis bivariado mediante test de ji al cuadrado; 3) t de Student, según el tipo de variable, para establecer la significación de las variables y mortalidad, y 4) modelo de regresión logística para calcular el nuevo índice PROFUND-AP con las variables que resultaron significativas. La precisión del índice se evaluó analizando

do su calibración (calculando los terciles de riesgo de mortalidad comparativa y la bondad de ajuste mediante el test de Hosmer-Lemeshow) y su poder discriminativo (mediante curvas ROC y cálculo del área bajo la curva).

Resultados. Varones (53,8 %), edad media 73,5 años, con diferencia de media de la edad con respecto de las mujeres de 4,43 años. Mortalidad a los dos años: 24,1 %. El índice PROFUND-AP está compuesto por 13 variables que ponderan de la siguiente forma: necesita cuidador (5), más de 3 categorías (1), categoría E (1), MRC en EPOC 3 o 4 (2), IMC > 30 (1), Hb < 10 (2), pacientes hipolipemiantes (-2), pacientes con inhaladores (2), pacientes neurolépticos (3), Barthel < 60 (3), Lawton-Brody < 3 (1), VSF Gijón > 10 (3), Pfeiffer > 5 (1). Mortalidad según puntuación: < 3: 11,1 %; 3-10: 38,2 %; > 10: 44,4 %. El poder discriminativo fue bueno (área bajo la curva: 0.706) ($p < 0,0001$).

Conclusión. El índice PROFUND-AP mantiene una buena precisión en la estratificación del riesgo de muerte a los dos años en poblaciones de PP de Atención Primaria.

//// ID 504

Conocimiento del personal sanitario sobre el documento de voluntades anticipadas

¿Podemos mejorar?

Bigas Aguilera O, Alcalá San Martín I, Llano Izquierdo M, Aguilar Margalejo A, Grande Froiz A, Bardina Santos M

ABS Florida Sud. L'Hospitalet de Llobregat. Cataluña

Correo electrónico: annamar451@gmail.com

Objetivos. Valorar el conocimiento que el personal sanitario (PS) posee sobre documento de voluntades anticipadas (DVA) y sus actitudes respecto a este.

Material y métodos. DISEÑO: cuestionario autoadministrado antes de realizar una sesión informativa. Forma parte de un estudio más amplio que incluye a pacientes.

ÁMBITO: centros de salud (CS) urbanos.

SUJETOS: personal sanitario (Diciembre de 2011-enero de 2012).

MEDIDAS: filiación, conocimientos/actitudes sobre DVA.

Resultados. $n = 91$; 70,1 % mujeres. Edad media: 42,8.

De estos, el 53,8 % son médicos; 36,3 %, diplomados; 9,9 %, administrativos.

Más del 90 % niega patología grave/ingresos en el último año; más del 94 % no cuida familiares con enfermedad grave/terminal/dependiente; el 94,5 % sin influencias religiosas en decisiones sobre DVA.

Conoce la existencia de DVA el 86,8 % de los encuestados (IC95 %: 78,1 %-93 %) mediante: formación reglada (24,2 %), iniciativa propia (22 %).

El 4,4 % cree que no tiene validez legal y el 90 % desconoce algunos de los aspectos incluidos (donación, limitación del esfuerzo terapéutico, sedación, destino restos mortales...).

Tienen una idea errónea en cuanto a la necesidad de testigos el 14,35%; de representante legal, el 13,2 %, o notario, el 23,1 %, respectivamente. Lo desconocen en el 12,1 %, 26,4 %, 22 %, respectivamente.

Más del 50 % desconoce cómo registrar el DVA o cómo saber si paciente lo tiene hecho.

Sin diferencias significativas entre grado de conocimiento sobre DVA y aspectos de filiación.

De los encuestados, el 89 % consideran útil el DVA; el 63,7 % lo han hablado con amigos o familiares; el 46,2 % se han planteado realizarlo y el 4,4 % lo han hecho.

El 34,1 % de los encuestados han recibido consultas acerca del DVA. Tienen dificultades para informar por desconocimiento (31 %) y por falta de tiempo (11 %).

El 62,5 % de los encuestados piensan que debería informarse a todos los pacientes, mientras que estos consideran que la que la información debería ser universal en un 83,4 %.

El 46,1 % (IC95 %: 78,1 %-93 %) del PS cree que para los pacientes supone un problema hablar del DVA, mientras que para los pacientes solo lo supone en el 10 % ($p < 0,001$).

El 64,8 % sería representante legal, aunque no compartiese las ideas manifestadas en DVA.

El 80 % está a favor de la donación de órganos y el 60 % a favor de eutanasia.

Conclusión.

– Desconocimiento del PS de la normativa, contenido y registro del DVA.

– Actitud positiva hacia el DVA, aunque la realización sea mínima.

– Falsa creencia del PS sobre la predisposición de los pacientes a tratar el tema.

– Necesidad de que se dé una formación específica y de la creación de circuitos en centros de salud.

//// ID 577

El documento de voluntades anticipadas: del dicho al hecho

Alcalá San Martín I, Bigas Aguilera O, Aguilar Margalejo A, Llano Izquierdo M, Bardina Santos M, Grande Froiz A

ABS Florida Sud. L'Hospitalet de Llobregat. Cataluña

Correo electrónico: annamar451@gmail.com

Objetivos. Valorar los conocimientos y actitudes de los pacientes sobre documento de voluntades anticipadas (DVA).

Material y métodos. Diseño: cuestionario administrado por personal sanitario (PS) entrenado. Posterior información individualizada a los pacientes y valoración de la misma.

Ámbito: centro de salud (CS) urbano.

Sujetos: pacientes mayores de 18 años que acudieron al ambulatorio (noviembre de 2011-enero de 2012).

Medidas: filiación, conocimientos/actitudes DVA. Cuestionario post-intervención.

Resultados. $n = 264$. Tasa respuesta: 98 % (60 % mujeres; edad media: 53,75 años).

Estudios: ninguno-primaria, 55,9 %; secundaria, 30,6 %; superior, 13,6 %.

Más del 80 % niega patología grave/ingresos en el último año. El 96,6 % de los pacientes no cuida a familiares con enfermedad grave/terminal/dependiente.

El 92,5 % sin influencias religiosas en las decisiones sobre DVA. Desconocen la existencia de DVA el 64,5 % de los pacientes (IC 95 %: 58,8-70,3). El resto está informado por: PS (6 %), medios de comunicación (22,3 %), amigos/familiares (7,5 %). El 75,5 % desconoce si tiene validez legal y el 2,6 % piensa que no la tiene.

De los encuestados, desconocen qué aspectos incluye el DVA el 70,2 % (IC 95 %: 64,7-75,7), con diferencias significativas entre personas sin estudios/primaria (58,6 %) y estudios superiores/secundaria (41,9 %) ($p < 0,012$).

Más del 80 % desconoce si son necesarios testigos, representante legal o notario para firmar el DVA.

Más del 50 % trató el tema con familiares o amigos. Solo al 10 % les incomoda hablar sobre el DVA (no quieren pensar en la muerte).

El 15,8 % se ha planteado alguna vez realizar DVA y el 3,8 % solicitó información (una tendencia mayor de los encuestados con estudios superiores; $p = 0,075$). El 3,8 % lo tenía hecho.

El 83,4 % considera que todas las personas deberían recibir información.

El 63,4 % aceptaría representar legalmente.

El 72,5 % está a favor de la donación de órganos.

El 57,4 % está a favor de la eutanasia.

No existen otras diferencias significativas entre aspectos de filiación y conocimientos/actitudes.

Tras la intervención: el 84,5 % considera útil el DVA. Valoración información recibida: superior a 8,5 (escala: 0-10).

De los encuestados, se plantearían hacer el DVA en menos de 6 meses el 11 % y en más de 6 meses, el 38,6 %.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con estudios superiores/secundaria (66,4 %) y el grupo sin estudios/primaria (36,5 %). $p < 0,001$.

El 56,5 % recomendarían hacer el DVA a familiares y amigos. Existen diferencias significativas entre el grupo con estudios superiores/secundaria (75 %) y el grupo sin estudios/primaria (47,2 %). $p < 0,001$.

Conclusión.

– Hay un desconocimiento general sobre el DVA.

– El nivel de estudios es un factor influyente en su planteamiento.

– Se cree de forma generalizada que es importante informar a todas las personas.

– Se valora la información recibida.

– Todo ello justifica la necesidad de realizar sesiones informativas poblacionales.

//// ID 717

Validación de un cuestionario para conocer los conocimientos y las expectativas de los estudiantes sobre Medicina Familia y Comunitaria

Denizon Arranz S, Delgado Marroquín M, Monreal Hajar A, Pablo Cerezuela F

CS Delicias Norte, Cátedra Unizar-Novartis de Medicina de Familia/
UD MFyC Sector II. Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: sophiadenizon@hotmail.com

Objetivo. Elaborar un cuestionario válido para conocer la evolución longitudinal de las expectativas y conocimientos sobre Medicina Familiar y Comunitaria de los estudiantes de una universidad española (1.º, 3.º, 5.º, 6.º), partiendo del cuestionario del grupo Unimedifam (FIS PI070975).

Pacientes y métodos. – Criterios de validez: validez de contenido: elaboración de un borrador con la información pertinente según la bibliografía y el consenso en el grupo nacional de expertos, distribuido en 3 escalas de ítems-respuesta tipo Likert 1 a 6. Validez de constructo: selección consensuada tras pilotaje de ítems hasta versión definitiva, corroborada por un incremento en consistencia interna (CI).

– Criterios de fiabilidad: CI (alfa Crombach $> 0,60$) y estabilidad test-retest (Tau-b Kendall $> 0,40$).

– Muestra: estudiantes de 6.º licenciados en 2009 (primer borrador) y 2010 (primera versión). Para test-retest: 112 estudiantes con representación de cuatro cursos: 3.º, 4.º, 5.º y 6.º (curso 2010-2011).

Resultados. El primer borrador consensuado contenía 24 ítems A, 26 B y 19 C. Respondieron 94 estudiantes. El alfa Crombach fue: escala A: 0,743, B: 0,83; C: 0,543. Responden a la versión 2010 (18 ítems A, 35 B, 28 C) 125 estudiantes. Alfa de Crombach pasa a: A: 0,838; B: 0,871; C: 0,687. 70 test-retest fueron válidos. Se confirma la estabilidad aceptable o excelente de 12/18 ítems A, 26/35 ítems B y 26/28 ítems C. La versión definitiva del cuestionario cuenta con 12 ítems A, 26 B y 26 C.

Conclusión. La versión definitiva del cuestionario 2010-2011 cumple con los criterios establecidos de validez y fiabilidad.

//// ID 75

Los microbios no se comparten

María Tablado M, Montejo Martínez C, Anta Fariza A, Palomar Saiz S

Consultorio local Perales de Tajuña. Perales de Tajuña. Madrid
Correo electrónico: docencialosfresnos@hotmail.com

Objetivos de la experiencia. Sensibilizar y fomentar el lavado de manos en los niños de seis y siete años mediante la realización de un taller que siga las directrices de la OMS *Save Lives. Clean your hands*. Fomentar la labor del profesorado como agente de salud. Sensibilizar a los padres a través de los niños en el fomento de la HM.

Descripción de la experiencia. Dos semanas antes de iniciar el taller, se proporcionaba al centro educativo (CE) dibujos sobre la HM que los niños podían colorear. Luego, en un horario escolar pactado con el centro, se realizaba un taller de aproximadamente 45 minutos. La estructura consistía en: cuento de manos limpias/sucias, los gérmenes, trabajar en forma participativa los 11 tiempos del lavado de manos (OMS), preguntas y puesta en común. El material fue interactivo (pizarra digital). Tres semanas después se hacía una encuesta al profesorado participante con preguntas sobre la cadena epidemiológica, satisfacción y conceptos adquiridos por niños y educadores. La experiencia se realizó en dos CE en octubre y noviembre de 2011. Fue dirigida por un monitor (médico de familia) y un observador (enfermera).

Participaron 146 niños de primero de primaria y 158 de segundo de primaria. En total participaron 11 clases y 14 profesores. En la encuesta, el 75 % reconoció haber trabajado el tema previamente. Las preguntas sobre la cadena epidemiológica se resolvieron bien en el 90 % de los casos. Un 80 % de los niños adquirieron los conceptos satisfactoriamente. La duración controlada por el observador fue satisfactoria. El texto libre se calificó de: práctico, amenos, ilustrativo, participativo, motivador. La valoración del moderador, técnica y general media fue de 9,4.

Conclusiones. De las encuestas se deduce que se había cumplido los objetivos de sensibilizar, fomentar la HM y favorecer la labor del profesorado como agentes de salud.

Nos quedaría evaluar a los padres.

Hay que destacar los ratos divertidos que pasamos y la imaginación desbordante de los niños.

Aplicabilidad. Animar a realizar esta actividad que es objetivo OMS *Clean your hands*.

/// ID 118

Aprendiendo habilidades de *coaching*: experiencia en un equipo de salud

Puig Ponsico G, Gallardo Sánchez C, Díaz Salcedo E, Torremorell Núñez M, Mateo Gambarte M, Boada M

CAP Cubelles-Cunit. Cunit. Cataluña

Correo electrónico: gemmaponsico@hotmail.com

Objetivos de la experiencia. Dar a conocer la metodología *coaching* en los equipos de Atención Primaria (EAP).

Introducir en el EAP el concepto, la filosofía, los orígenes y las habilidades del *coaching*. Promover y potenciar las relaciones interpersonales en el EAP, aprender a promover cambios en la salud de los usuarios de los EAP y entender el concepto «liderarse a uno mismo» a través del *coaching*.

Descripción de la experiencia. La experiencia la lleva a cabo un equipo de Atención Primaria de salud (EAP) con la realización de un curso-taller de cinco horas. El curso-taller es impartido por un médico de Atención Primaria certificado como *coach* profesional. Se trabajan algunas clases teóricas con dinámicas de grupo donde los integrantes del EAP pueden experimentar una toma de conciencia hacia el interior de uno mismo, formular objetivos para el cambio y diseñar un plan de acción para llegar al objetivo deseado. Asimismo se trabajan casos prácticos que ayudarán a entender los conceptos teóricos expuestos y cómo se pueden aplicar en el día a día con uno mismo y con los pacientes en las consultas de Atención Primaria.

Conclusiones. La experiencia mejora las relaciones interpersonales del EAP, aporta conocimientos a los profesionales sanitarios para mejorar la comunicación con el paciente, empoderarlo y ayudarlo a hacer cambios de estilos de vida saludables de acuerdo con sus recursos y necesidades.

Aplicabilidad. Las habilidades de *coaching* se pueden aplicar en el día a día en las consultas de enfermería y del médico de familia. Ayudan a concretar objetivos de salud y a tomar conciencia e identificar los recursos y obstáculos que cada paciente tiene, así como a desarrollar acciones concretas con el fin de llegar y mantener el objetivo de salud deseado.

/// ID 300

Nuevas tecnologías aplicadas a la tele dermatología en Atención Primaria

Gavilán Martínez F, Fernández Gregorio Y, Gilaberte Ferrús M, Cruz Domènech J, Vázquez Morales N, Pardo Amil V

CAP Progrés-Raval; Hospital Municipal de Badalona. Badalona. Cataluña

Correo electrónico: fgavilan@bsa.cat

Objetivos de la experiencia. Valorar si el uso de programas informáticos (MIO y MEDTING) aplicados a la tele dermatología (transferencia de fotografías digitales e informes entre Atención Primaria y dermatólogo) son útiles para mejorar este tipo de interconsulta.

- Reducir el tiempo de diagnóstico y tratamiento de las lesiones dermatológicas.
- Mejorar los conocimientos del médico de familia en esta área y la comunicación entre niveles asistenciales.
- Identificar, después de tres años usando la tele dermatología, cuáles son las patologías dermatológicas más apropiadas para este tipo de derivación.

Descripción de la experiencia. Durante el año 2009 pusimos en marcha en nuestro ámbito la tele dermatología como mé-

todo de interconsulta que implicaba a dermatólogos de referencia, médicos de familia, informáticos y dirección médica. Se utilizaron nuevas herramientas informáticas:

MIO: permite descargar fotografías y datos de filiación de las historia clínica.

MEDTING: plataforma web para almacenar y consultar fotografías y resultados.

Conclusiones. Tras tres años evaluamos positivamente la experiencia y obtuvimos los siguientes resultados:

El 46 % de las consultas por tele dermatología se resolvieron con indicaciones del dermatólogo sin necesidad de derivación. El 37,5 % se citaron directamente con el dermatólogo o en quirófano para exéresis de la lesión.

El 16,5 % requirieron una consulta presencial convencional.

Aplicabilidad. Para una correcta aplicación, se han revisado los criterios de lesiones dermatológicas susceptibles de este tipo de derivaciones y se ha considerado que no debe usarse para lesiones graves urgentes o inflamatorias generalizadas, que requerirían una consulta presencial.

Se demuestra cómo las nuevas tecnologías ayudan a equiparar las posibilidades diagnósticas de distintos tipos de pacientes (ATDOM, dificultad de desplazamiento) y diferentes situaciones (áreas con largas listas de espera para especialistas).

Debido al trabajo adicional que supone, los profesionales han de realizar formación continuada y de motivación.

En un futuro se complementará este proyecto con el uso de la dermatoscopia.

/// ID 360

Construcción de una variable socioeconómica en el equipo de Atención Primaria y profesional

Serrano Ferrández E, Medina Peralta M, Elorza Ricart J, Fina Avilés F, Sais Sunyé L

Sistema de Información de los Servicios de Atención Primaria (SISAP) del Institut Català de la Salut (ICS); Capi Baix A Mar. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: elenasf7@gmail.com

Objetivos de la experiencia. Conseguir variables del nivel socioeconómico aplicables a agrupaciones de usuarios como variable de ajuste en investigaciones y evaluaciones del ámbito de la Atención Primaria.

Descripción de la experiencia. Como variable socioeconómica se ha seleccionado el indicador de deprivación compuesto (índice MEDEA), que se construye a partir de cinco variables recogidas en el censo a nivel de sección censal (máximo: 4.000 ciudadanos). Las variables son porcentajes de: población activa en paro, instrucción insuficiente, trabajadores manuales y trabajadores con contrato eventual. Tras un cruce automático, utilizamos un algoritmo que señala las relaciones más probables de los domicilios con el catálogo de direcciones del censo, lo que facilita la validación manual posterior para adjudicar la sección censal de cada usuario. Terminado este proceso, a cada paciente podremos asignarle el índice MEDEA de su sección censal. Se utilizará la media del índice para las agrupaciones profesionales o de equipo de Atención Primaria (EAP).

Conclusiones. En un mes se han validado un total de 79.303 domicilios de 1.191.077 usuarios (919 profesionales y 55 EAP) integrando la sección censal en el 95,5 % (92,8 %-100 %). El promedio de sectores censales diferentes por profesional es 97, y con más de 50 pacientes por sección, de 17.

En los próximos meses validaremos las direcciones de la comunidad autónoma (5,8 millones de pacientes), garantizando la homologación de al menos el 80 % de la población de cada localidad.

Ante la dificultad conocida de obtener variables socioeconómicas individuales, el proceso descrito nos permitirá introducir una nueva variable de ajuste en estudios de investigación y evaluación de indicadores.

Aplicabilidad. El método permite la asociación de información no clínica a los datos generados en Atención Primaria u otras bases de datos que dispongan del domicilio. Aunque se trataran grandes volúmenes de datos, estimamos que un trimestre es suficiente para validar proporciones suficientes de mapeos.

//// ID 515

Relación entre médicos y farmacéuticos: proyectando vías de comunicación

León Arévalo I, Pardo Álvarez J, Coronado Núñez M, Ortega Carpio A, Díaz Zavala S, Serrano Bea A

CS El Torrejón. Huelva. Andalucía

Correo electrónico: jparedes10@teleline.es

Objetivos de la experiencia. Ante la escasa relación y comunicación existente entre médicos y farmacéuticos, y con el objetivo de aunar formas de comunicación entre ambos, los médicos de familia de los distritos sanitarios de la provincia organizamos unos encuentros entre profesionales con la colaboración del Colegio oficial de farmacéuticos.

Descripción de la experiencia. En cada centro de salud se convocaron reuniones en horario de formación continuada, a las que asistieron la responsable del centro del medicamento del Colegio oficial de farmacéuticos, el técnico del medicamento del distrito sanitario y los médicos de familia y farmacéuticos que trabajaban en la misma zona básica de salud. Después de la presentación de los asistentes, se exponían de forma breve los problemas generales para ambos profesionales; a continuación, se hacían referencias a los incidentes específicos de la zona, para posteriormente sugerir formas de mejora de la comunicación entre ambos a fin de resolver las situaciones concretas. La duración era de 1-1,5 horas. Se realizaron encuentros entre profesionales en 21 centros de salud de los tres distritos de salud de la provincia en los años 2009-2010. Asistieron el 80 % (176) de los médicos convocados y el 90 % (98) de los farmacéuticos de zona.

Conclusiones. Reuniones bien valoradas por parte de ambos colectivos. Se dio un aumento del conocimiento mutuo y de la actividad profesional desarrollada. Diseñamos un documento escrito consensado de interconsulta como medio de comunicación entre profesionales y elaboramos listados de teléfonos de las consultas médicas y de las oficinas de farmacia para resolver problemas, con el teléfono del centro del medicamento del Colegio como punto intermedio de relación. Realizamos una memoria-acta de los encuentros. Establecimos la periodicidad de al menos una reunión anual.

Aplicabilidad. Implicación de los colegios profesionales. Actividad de relación y conocimiento mutuo entre profesionales implicados en la salud de los mismos usuarios. Documento unificado de interconsulta. Motivación importante para mejorar la relación.

Jueves, 14 de junio / 17.30-19.30 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A3.2

Medicamentos / Medicina alternativa

//// ID 86

Utilización de medicinas alternativas por la población general de Madrid

Cervera Barba E, Gómez Gascón T, Lucena Marotta F, Fuentes Ferrer M, Fernández Pérez C

UD de MFyC Madrid Noroeste; CS Guayaba, Madrid; Servicio de Medicina Interna, Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Preventiva, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Cl. Majadahonda. Madrid
Correo electrónico: eecervera.gapm07@salud.madrid.org

Objetivos. Determinar la prevalencia de consumo de medicinas alternativas y complementarias (MAC) y productos asociados por la población general de Madrid.

Material y métodos. Estudio descriptivo mediante encuesta postal autoadministrada a una muestra representativa de población general de 18 a 75 años ($n = 897$). Se enviaron 2.000 cuestionarios para minimizar pérdidas.

Resultados. Se recibieron 288 cuestionarios (14,4 %). 162 pacientes (56,3 %; IC 95 %: 50, 5-62, 0) habían acudido a MAC alguna vez (mediana de 3; RIC = 2-5). 190 usuarios (66 %; IC 95 %: 60, 5-71,5) consumieron productos de MAC (mediana de 2; RIC = 1-4). Las terapias más utilizadas fueron: de relajación (24 %), masaje (21 %), aromaterapia (20 %), fitoterapia (16 %), acupuntura (14 %) y homeopatía (14 %). Los productos más consumidos: fitoterapia (37,5 %), complementos nutricionales (27,8 %) y homeopatía (9,8 %) y la prescripción se atribuyó a terapeutas de medicinas alternativas (24,4 %) y consejo en el herbolario (23,6 %). La asistencia a consultas de MAC en el último año fue de 1 a 4 veces (44 %). El 57 % de ellos había acudido más a consultas de MAC que a sanitarios convencionales. Los principales motivos de consulta fueron patologías del aparato locomotor (42 %) y salud mental (23 %), y la razón por la que acudieron, el fracaso de la medicina convencional (40 %) y evitar efectos secundarios de los tratamientos (29 %). El 74 % dijo haber mejorado mucho o bastante, y el 80 % se mostró satisfecho o muy satisfecho. El sexo femenino afirmó haber visitado a sanitarios convencionales más de 9 veces en el último año, y estar asignado a un centro de salud del área 5 de Atención Primaria resultaron las variables asociadas de forma independiente al uso de MAC.

Conclusión. Si bien son precisos más estudios, el porcentaje de población general que utiliza MAC es elevado, en consonancia con otros estudios, por lo que estas terapias deben tenerse en cuenta en el ejercicio profesional del médico de familia.

Medicina y medios de comunicación

//// ID 74

RCP rock, una canción para salvar vidas

Fonseca del Pozo F, Canales de Andrade N, Andrade Barahona M, Joaquín V, Yelda María H, López Sánchez A

Área Sanitaria Norte de Córdoba. Pozoblanco. Andalucía
Correo electrónico: nacadean@gmail.com

Objetivos de la experiencia. Crear un medio audiovisual de comunicación sanitaria que facilite el aprendizaje de las maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) básica. El audiovisual debería enfatizar los eslabones de la cadena de supervivencia y facilitar el aprendizaje de las maniobras de RCP a escolares adolescentes.

Descripción de la experiencia. Dentro del programa de atención a la parada cardiorrespiratoria se realizó una búsqueda sistemática del material escrito y audiovisual sobre maniobras de RCP y se analizó su contenido y estilo de presentación. Se tomaron como base las recomendaciones de American Heart Association (AHA) y el Consejo Europeo de Resucitación (ERC) de octubre de 2010. Posteriormente se contactó con músicos, coreógrafos y técnicos audiovisuales para trabajar en la elaboración de la canción y de un vídeo. Uno de los investigadores participó en el rodaje para la correcta aplicación del masaje cardíaco por parte de los actores. El audiovisual (canción *Puedes*) se ha registrado con licencia de distribución libre sin fines comerciales. Se convocó a 438 adolescentes de cinco centros escolares de un área rural y se designó un monitor por cada 6 alumnos para realizar las maniobras de RCP básico y posteriormente lo practicaron todos en conjunto con la canción *Puedes* acompañados de música y coreografía en directo. Actualmente se está haciendo una investigación para comprobar la calidad del aprendizaje y sistematizar la experiencia.

Conclusiones. Se ha elaborado un medio audiovisual que incluye la cadena básica de supervivencia y las maniobras de RCP básica. La experiencia ha sido muy valorada por los participantes, pues motiva a los adolescentes y aumenta la calidad de aprendizaje.

Aplicabilidad. El material audiovisual y la metodología empleada ya han sido solicitados por otros centros escolares y gerencias de otras áreas sanitarias de la provincia.

//// ID 656

Presencia de un servicio de Atención Primaria en redes sociales y otros canales web 2.0 generalistas: experiencia de un año

Alzaga Reig X, Villar Colomé E, De La Fuente Cadenas J, Garrido Cobo M, Llatas Sánchez A

Servei d'Atenció Primària Badalona-Sant Adrià del Besòs; ICS; Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Barcelona. Catalunya

Correo electrónico: xavier.alzaga@gmail.com

Objetivos de la experiencia. Implementar la presencia de un servicio de Atención Primaria en las redes sociales y otros canales web 2.0 generalistas para establecer nuevas vías de información y comunicación con la ciudadanía, contribuir a la promoción de la salud y «prescribir» enlaces a sitios web con información sanitaria de confianza.

Descripción de la experiencia. En febrero de 2011 se creó un perfil institucional en Facebook (FB) y Twitter (TW). En julio de 2011 se puso en marcha un blog en la plataforma WordPress. Se estableció un plan de formación y comunicación para todos los equipos de Atención Primaria. Se diseñó un protocolo de gestión para la captación de la audiencia y el cumplimiento de los objetivos. Se ha realizado desde el inicio una monitorización de indicadores y su evaluación sistemática para la mejora continua del servicio.

Conclusiones. En 12 meses de presencia en las redes sociales, se han publicado más de 800 actualizaciones en FB y

TW. La página de FB ha recibido 194.734 visitas, con 398 interacciones por parte de los usuarios. El perfil de TW tiene más de 400 seguidores, se han contabilizado 3.475 clics a los enlaces difundidos y se han resuelto más de 20 incidencias en tiempo real. Tras 7 meses de producción del blog, se han publicado 24 entradas y ha recibido 3.034 visitas.

Aplicabilidad. Las herramientas web 2.0, y en especial las redes sociales, pueden constituir un instrumento complementario de interacción entre usuarios y profesionales sanitarios. Esta relación bidireccional y más transversal de comunicación puede ayudar a la toma de decisiones de las organizaciones, contribuir a la educación sanitaria de la ciudadanía y dar respuesta a la aparición de una nueva figura, la del e-paciente, un paciente más proactivo y que, además de buscar información sobre salud en internet, participa en comunidades virtuales y quiere interactuar en línea con los profesionales e instituciones sanitarias.

Salud mental / Burnout

//// ID 535

Predicción del inicio de episodios de depresión mayor a partir de los datos de la historia clínica de Atención Primaria

Bellón Saameño J, Gil de Gómez Barragán M, Sánchez Celaya M, Díaz Barreiros M, Vicens Caldentey C, Montón Franco C

CS el Palo, Málaga; UD MFyC La Rioja; UD MFyC Área I, Madrid; CS Vecindario, Gran Canaria; CS Son Serra-La Vileta, Mallorca; CS Casablanca, Zaragoza. Málaga, La Rioja, Madrid, Gran Canaria, Mallorca y Zaragoza. Andalucía

Correo electrónico: jabellon@terra.es

Objetivos. Desarrollar y validar un algoritmo de riesgo para predecir el inicio de episodios de depresión mayor (DM) a partir de los datos de la historia clínica de Atención primaria. **Material y métodos.** Estudio prospectivo de cohortes con evaluaciones en la línea base a los 6 y 12 meses. Se realizó un muestreo aleatorio sistemático de población consultante de Atención Primaria perteneciente a 231 médicos de familia, 41 centros de salud, urbanos y rurales, de 7 provincias y 5 comunidades autónomas. La variable resultado fue la incidencia acumulada de DM (DSM-IV) medida mediante la entrevista CIDI. Para obtener las variables de predicción se revisaron las historias clínicas. Se realizó una regresión logística múltiple multinivel. El potencial sesgo de selección debido a las pérdidas durante el seguimiento se ajustó mediante el *inverse probability weighting*. Para valorar la validez discriminante se usó el C-index.

Resultados. De 6.526 pacientes elegibles, rechazaron participar 1.084 (16 %). Se evaluaron en la línea base 5.442, de los cuales se descartaron 126 por no poder valorar el CIDI y 742 por padecer depresión mayor. Por tanto, la población en riesgo fueron 4.574 pacientes no deprimidos. La respuesta a la evaluación a los 6 meses fue del 70 % y del 66 % a los 12 meses. La incidencia acumulada de depresión mayor fue del 11,5 %. El modelo, que incluyó las variables sexo, edad y número de problemas físicos en la lista de problemas, y en los últimos 6 meses el uso de benzodiazepinas, derivación a salud mental y detección de depresión, obtuvo un C-index de 0,75 (IC 95 % = 0,72-0,78).

Conclusión. A partir de los datos de la historia clínica, sin necesidad de realizar ninguna pregunta al paciente, el médico de familia, de forma válida y precisa, podrá conocer la probabilidad de que un paciente inicie un episodio de depresión mayor en el siguiente año.

//// ID 539

Factores del médico de familia que predicen el inicio de episodios de depresión mayor en pacientes de Atención Primaria

Bellón Saameño J, Navas Campaña D, Moreno Peral P, Motrico Martínez E, Moreno Küstner B, Torres González F
CS el Palo, Málaga; Unidad de Investigación del Distrito Málaga de Atención Primaria, Grupo Samserap, Rediapp; Departamento de Psicología Evolutiva, Universidad de Sevilla; Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad. Málaga, Sevilla y Granada. Andalucía
Correo electrónico: jbellon@terra.es

Objetivos. Comprobar el papel que desempeñan los factores del médico de familia en el inicio de los episodios de depresión mayor (DM) en pacientes de Atención Primaria. **Material y métodos.** Estudio prospectivo de cohortes con evaluaciones en la línea base a los 6 y 12 meses. Se realizó un muestreo aleatorio sistemático de población consultante de Atención Primaria perteneciente a 231 médicos de familia, 41 centros de salud, urbanos y rurales, de 7 provincias y 5 comunidades autónomas. La variable resultado fue la incidencia acumulada de DM (DSM-IV) medida mediante la entrevista CIDI. En la línea base, los médicos de familia cumplimentaron un cuestionario de 37 variables relacionadas con su perfil profesional. Se realizó una regresión logística múltiple multinivel en la que se incluyeron los 12 factores de riesgo del paciente (de 39 conocidos) del modelo predictD para la predicción de la depresión, a las que se añadieron aquellas variables del médico de familia que en el análisis bivalente habían obtenido una $p < 0,20$.

Resultados. De 6.526 pacientes elegibles, rechazaron participar 1.084 (16 %). Se evaluaron en la línea base 5.442, de los cuales se descartaron 126 por no poder valorar el CIDI y 742 por padecer depresión mayor; 13 médicos de familia (5,6 %) no cumplimentaron los cuestionarios, lo que nos obligó a prescindir de otros 252 pacientes. Por tanto, la población en riesgo fueron 4.322 pacientes no deprimidos. La respuesta a la evaluación a los 6 meses fue del 70 % y del 66 % a los 12 meses. La incidencia acumulada de depresión mayor fue del 11,5 %. Solamente el menor tiempo en la plaza (asociación no lineal) y pertenecer al grupo comunicación y salud (factor protector) [OR ajustada = 0,37 (IC 95 % = 0,17-0,82; $p = 0,015$)] se asociaron a la mayor incidencia de depresión. **Conclusión.** El poseer una sólida formación en habilidades de comunicación previene la aparición de nuevos episodios de depresión mayor entre los pacientes adscritos al cupo.

//// ID 243

La salud mental del médico. El programa de atención integral al médico enfermo (PAIME) de Barcelona:

14 años de experiencia y 1.853 médicos tratados
Braquehais Cones M, Bel Aguado M, Montejo Celis J, Arteman I Jané A, Bruguera Cortada E, Casas Brugué M
Programa de atención integral al médico enfermo (PAIME) de Barcelona; Departamento de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron; Universitat Autònoma de Barcelona; Cibersam. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: mdbraquehais@vhebron.net

Objetivos de la experiencia. 1. Describir la forma de presentación de los trastornos mentales y adictivos en el médico.

2. Presentar los resultados asistenciales obtenidos con los 1.853 médicos atendidos en el programa de atención integral al médico enfermo (PAIME) de Barcelona (PAIMM) en el período 1998-2012.

3. Analizar el perfil clínico y sociodemográfico de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) atendidos en el PAIMM en este período.

Descripción de la experiencia. El PAIMM fue creado en 1998 merced a un convenio entre el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) y el departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña. Su principal objetivo es fomentar la prevención, diagnóstico precoz y adecuado tratamiento de los médicos con patología mental. Su filosofía es: no persecutoria, no punitiva (salvo necesidad), preventiva y promotora de la «recuperación integral» del profesional. Sus pilares son el respeto a la confidencialidad y la promoción de la petición voluntaria de ayuda. Las áreas de intervención son: colegial, asistencial y de dictámenes. El área asistencial provee a los usuarios de atención ambulatoria (consultas externas y hospital de día), en régimen de hospitalización o ambas modalidades. Desde marzo de 1998 hasta enero de 2012 se han atendido a 1.853 médicos con patología mental. El grupo de mayor prevalencia lo constituye el de los MFyC.

Conclusiones. La atención a la salud mental del médico tiene notables implicaciones para su bienestar psicofísico y para la seguridad de su práctica clínica.

Aplicabilidad. La prevalencia de la patología mental y adictiva grave en el médico es similar a la de población general (12-15 %). Es importante promocionar el acceso de los médicos al diagnóstico precoz, el correcto tratamiento y la prevención temprana de la patología mental y adictiva en dispositivos especializados.

Violencia doméstica

//// ID 594

Consulta del adolescente y violencia de género: ¿cómo intervenir?

González Fernández-Conde M, Cinos Ramos L, Manzano García M, Moya de la Calle M, Puente del Rey C, Carreto Diego M
CS Garrido Sur. Salamanca. Castilla y León
Correo electrónico: margonzalezf@gmail.com

Objetivos de la experiencia. Diseñar intervenciones de prevención y diagnóstico de violencia de género en mujeres adolescentes.

Descripción de la experiencia. En la lucha contra la violencia de género, la adolescencia es una etapa crucial. Favorecer un adecuado conocimiento sobre cómo empieza y evoluciona la violencia de género y alertar sobre el riesgo que pueden implicar las primeras fases puede favorecer su rechazo en los/las adolescentes. La educación en todos los contactos con los/las adolescentes puede promover la igualdad y la no violencia. «El sexismo se aprende desde la infancia, la igualdad también.» Nuestra experiencia ha consistido en incorporar actividades preventivas en materia de violencia de género en la adolescencia mediante revisiones programadas a los 14, 16 y 18 años.

En ellas se han incluido preguntas de abordaje psicosocial para la detección de la violencia de género y se han realizado intervenciones educativas breves que promueven la igualdad y la no violencia e informan del concepto de violencia de género.

Conclusiones. Se han hecho 60 revisiones en mujeres adolescentes. Se han detectado 3 casos de maltrato físico y 7 mujeres reconocen que su pareja no las trata bien, aunque no reconocen el maltrato. Los comportamientos de control del varón hacia la mujer aparecen en 9 adolescentes. En los 3 casos reconocidos de violencia de género se hizo un seguimiento y la mujer adolescente abandonó la relación.

Creemos que la intervención sobre la violencia de género, integrada en las revisiones programadas, sensibiliza y mejora la atención en mujeres adolescentes.

Aplicabilidad. Distinguir el inicio de la violencia de género en la pareja evita su progresión. La educación para la salud en todos los contactos con los/las adolescentes para promover la igualdad y la no violencia ha sido bien aceptada. Creemos que puede estudiarse su incorporación en los servicios de atención al adolescente.

SESIÓN ORAL 9. MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES (I)

Viernes, 15 de junio / 09.30-11.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A3.1

Cáncer

//// ID 411

Factores relacionados con la demora en el diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal

Esteva Cantó M, Pita Fernández S,
González Luján L, Casamitjana M,
Sánchez Calavera M, Leiva Rus A

Unidad de Investigación-GAP de Mallorca. Palma de Mallorca.
Illes Balears

Correo electrónico: mesteva@ibsalut.caib.es

Objetivos. 1) Establecer los distintos intervalos de demora de cáncer colorrectal.

2) Identificar los factores asociados con la demora diagnóstica y de tratamiento.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo en cinco comunidades autónomas. Se incluyeron 795 casos incidentes de cáncer colorrectal sintomático durante 2006-2009 recogidos a partir de los servicios de Anatomía Patológica de los hospitales.

Medidas: de la entrevista con el paciente y de la historia clínica de Atención Primaria y del hospital se recogieron: percepción de gravedad y actitud ante el síntoma, fecha de inicio y tipo de síntomas, confianza con el médico de familia (MF), visitas al MF y hospital, tipo de derivación, exploración física y pruebas diagnósticas realizadas.

Resultados. El intervalo síntoma-diagnóstico para ambos tumores fue de 128 días y el intervalo síntoma-tratamiento de 155. La regresión de Cox para variables tiempo dependientes mostró que las mujeres, esperar a que el síntoma desapareciera y número de visitas al MF antes de la derivación, se asociaban a menor probabilidad de ser diagnosticado o tratado rápidamente. La oclusión intestinal se relacionó

con mayor probabilidad de ser diagnosticado/tratado precozmente. Las variables tiempo dependientes que se asociaron con la duración del intervalo diagnóstico-tratamiento fueron la visita a un servicio de Urgencias hospitalario, la sospecha de cáncer en la hoja de derivación, la indicación de hemograma y estudio de hierro por el MF y la exploración física y solicitud de pruebas diagnósticas del especialista hospitalario.

Conclusión. Los resultados muestran la existencia de áreas de mejora en la atención prestada a los pacientes. Los esfuerzos futuros deben concentrarse no solo en el diagnóstico rápido, sino también en mejorar la información contenida en la derivación del médico de familia, junto con la exploración y la solicitud de pruebas en los dos niveles de atención.

//// ID 414

Estudio de adecuación de las colonoscopias

Oller Mitjans M, Bigas Aguilera O, Mascort Roca J,
Carrillo Muñoz R, Marzo Castillejo M,

ABS Florida Sud. L'Hospitalet de Llobregat.

Cataluña

Correo electrónico: mmarzoc@gencat.cat

Objetivos. Analizar la adecuación de la colonoscopia según los criterios de las guías de práctica clínica (GPC) de nuestro entorno.

Material y métodos. Estudio observacional transversal. Se incluyen todas las colonoscopias solicitadas a nuestro hospital de referencia desde Atención Primaria y especializada entre febrero y mayo de 2011. La adecuación de las indicaciones se evaluó con los criterios recomendados en las GPC sobre el manejo de la rectorragia y sobre la prevención del cáncer colorrectal (CCR) elaboradas conjuntamente por la Asociación Española de Gastroenterología, el Centro Cochrane Iberoamericano y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Se revisaron las historias clínicas informatizadas para conocer los datos y hallazgos relevantes. La variable principal es la adecuación de la solicitud, que fue evaluada de forma independiente por dos evaluadores, consensuando los no coincidentes. El análisis estadístico es descriptivo.

Resultados. Se evaluaron 250 solicitudes de colonoscopia (192 de pacientes mayores de 50 años; 134 mujeres). Las colonoscopias fueron solicitadas por médicos de familia (70,8%), digestólogos (18,4%) y cirujanos (10,8%). El 61% de las solicitudes se debieron a sospecha diagnóstica (65 rectorragias, 36 anemias, 26 dolor abdominal, 43 cambios de ritmo deposicional, y el resto signos y síntomas agregados); el 10% fueron para cribado y el 39% para seguimiento (47 casos de pólipos, 9 de enfermedad diverticular, 7 de colitis ulcerosa, 4 de enfermedad de Crohn). La adecuación para las recomendaciones de la guía del manejo de la rectorragia fue del 81%. Para la adecuación de las recomendaciones de la guía de prevención del CCR solo se pudieron evaluar en 181 solicitudes y esta fue del 82%.

Conclusión. El estudio indica un uso bastante adecuado de la colonoscopia. Sin embargo, si se considerara solamente la sangre oculta en heces como prueba de cribado del CCR, el uso de la colonoscopia en nuestro medio resulta bastante menos adecuado.

/// ID 591

¿Son adecuadas las colonoscopias que pedimos?

Cantero Gómez F, Puente Baliarda D, Llagostera Español M, Segarra Valls M, Saladich Puig R, Almeda Ortega J

Multicéntrico. Gerència Territorial Metropolitana Sud y Catalunya Central. Cataluña

Correo electrónico: fxcantero.cc.ics@gencat.cat

Objetivos. Describir la adecuación de las peticiones de las colonoscopias solicitadas tanto desde la Atención Primaria como desde los especialistas hospitalarios teniendo en cuenta la guía EPAGE II.

Material y métodos. Estudio prospectivo multicéntrico.

Población: peticiones de colonoscopias de pacientes de cualquier edad desde el 1 de octubre hasta el 31 de diciembre de 2010.

VARIABLES:

- Sexo, edad
- Tipo de profesional que hace la petición
- Motivo de petición
- Diagnósticos
- Grado de adecuación según EPAGE II: menos de 3, inadecuada; 3-7, incierto; más de 7, adecuada

Resultados. n: 889. Edad 58,5 (14,8), sexo mujeres: 444 (50,6 %).

Tipo de profesional: médico de familia (MF), 442 (50,6 %); digestólogo, 324 (37,1 %); internista, 10 (1,14 %); cirujano, 81 (9,27 %).

El resultado de la EPAGE II > 7 según profesional: MF, 323 (73 %); digestólogo, 228 (70,3 %); cirujano, 55 (67,9 %); internista, 8 (80 %).

Motivo de la petición: cribado, 134 (15,1 %); sospecha diagnóstica, 563 (63,4 %); seguimiento, 210 (23,7 %). La *p* es estadísticamente significativa en relación con la adecuación según la EPAGE II cuando la petición es por sospecha diagnóstica o por seguimiento de pólipos o cáncer.

Diagnósticos: normal, 204 (23 %); pólipo, 262 (29,5 %); cáncer, 29 (3,3 %); enfermedad inflamatoria intestinal, 16 (1,8 %); divertículos, 169 (19,1 %); hemorroides, 392 (44,2 %); otros, 177 (20 %). La *p* es significativa en relación con los diagnósticos de pólipo y cáncer colorrectal.

Conclusión. El grado de adecuación de las peticiones de colonoscopias realizadas por los MF es del 73 %, por encima del 60 % que según la bibliografía consultada se consideraría correcto.

Más del 90 % de las peticiones se realizan por sospecha diagnóstica o seguimiento de pólipos/cáncer, con una elevada adecuación de las mismas.

Si relacionamos el hallazgo diagnóstico de la colonoscopia con el grado de adecuación previo de la petición encontramos una relación estadísticamente significativa con los diagnósticos de pólipo y cáncer colorrectal.

Diabetes y síndrome metabólico

/// ID 144

Discordancias entre glucemia capilar en ayunas y la hemoglobina glicada en los diabéticos tipo 2

De la Hoz García B, Fajardo Cabrera M, Velarde Mayol C, Gómez Monja P, Del Cañizo Fernández-Roldán J, Aliaga Marcos C

CS de Segovia 1. Segovia. Castilla y León

Correo electrónico: cvelardemayol@yahoo.es

Objetivos. Identificar qué variables intervienen en la discordancia entre hemoglobina glicada (HbA1c) y glucemia capilar en ayunas (GCA) en los diabéticos tipo 2 (DM tipo 2).

Material y métodos. Estudio analítico transversal, año 2011. Ámbito: todos los DM tipo 2 de un centro de salud. Excluidos: pacientes sin HbA1c o cuando el tiempo entre GCA y HbA1c excedía más de 3 meses. Variables: demográficas (edad, sexo), sanitarias (enfermedades cardiovasculares, otras enfermedades crónicas), propias de la diabetes (años de evolución, tratamiento, HbA1c, GCA). Estadística: descriptiva y análisis de regresión logística (RL) cuya variable dependiente es tener una discordancia entre HbA1c y GCA considerando varios niveles de discordancia (desde un 20 % a más del 50 %); los datos se expresan en *odds ratio*, con sus intervalos de confianza del 95 % [IC 95 %], significativo $p < 0,05$.

Resultados. Total: 855 pacientes, excluidos 6,2 %. Edad media 71,1 Desviación típica: 12,3. Mujeres: 49, 1 % [IC 95 % = 47,6-52,3]. Años de evolución 6,7 rango: 1-51 años. Patologías de mayor prevalencia; HTA: 63,2 % [IC 95 % = 59,7-65,8], hiperlipemia: 49,1 % [IC 95 % = 45,8-52,5], obesidad: 30,6 % [26,9-33,0], más de 5 enfermedades crónicas: 24,3 % [IC 95 % = 21,4-27,2]. Tratamiento con metformina: 64,8 % [IC 95 % = 61,6-68,0] sulfonilureas: 18,9 % [IC 95 % = 16,2-21,5] insulinas: 17,9 % [IC 95 % = 15,3-20,4], (acción intermedia: 10,5 % y rápida: 5,0 %). En el análisis de RL solo cuando la diferencia entre HbA1c y GCA era mayor de un 30 % influían las variables: tratamiento con insulinas de acción intermedia *odds* 4, 5 % [IC 95 % = 2,8-7,3] $p < 0,0001$ y de acción rápida *odds* 3,4 [IC 95 % = 1,7-6,7] $p < 0,002$, glinidas *odds* 1,8 [IC 95 % = 1,0-3,1] $p < 0,027$ y obesidad 1,3 [IC 95 % = 1,0-0,03] $p < 0,03$. El 19,9 % [IC 95 % = 17,1-22,0] tenían unas diferencias entre HbA1c y GCA > 30 %.

Conclusión. 1.º Un 80 % de los DM tipo 2 tienen una buena concordancia entre HbA1c y GCA, y no precisan autocontroles salvo los insulino-dependientes.

2.º Uno de cada cinco diabéticos tenían discordancias entre la HbA1c y las GCA, siendo los factores más influyentes la obesidad, la ausencia de tratamientos con glinidas, insulinas de acción intermedia o rápida.

3.º Es necesario hacer un seguimiento de esta subpoblación diabética con glucemias posprandiales y optimizar su tratamiento acorde a los resultados para mejorar la concordancia entre HbA1c y GCA.

/// ID 184

Incidencia de complicaciones macrovasculares en pacientes con nuevo diagnóstico de diabetes tipo 2 en un período longitudinal de 10 años

Clua Espuny J, Calduch Noll C, Rocha Ramírez L, Lucas Noll J, Panisello Tafalla A, Ripollés Vicente R

ABS Tortosa Est. Tortosa. Cataluña

Correo electrónico: cristi_cal@hotmail.com

Objetivos. Calcular la incidencia de macroangiopatía (cardiopatía isquémica [CI], ictus, arteriopatía periférica [AP]) en pacientes con un nuevo diagnóstico de diabetes tipo 2 (DM2).

Material y métodos. Estudio observacional y longitudinal de cohorte fija entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2011 de los nuevos diagnósticos de DM2 entre la población asignada > 30 años a centro de Atención Primaria

(CAP) urbano realizados en el primer año del estudio, sin antecedentes de macroangiopatía previa por revisión de historia clínica, ECG o índice tobillo-brazo. Las variables recogidas mediante protocolo GedapS en el inicio y en los años 2006 y 2011 fueron: sexo, edad, criterios de control metabólico de la DM2, factores de riesgo cardiovascular (RCV), valor del RCV según escala Regicor y Framingham, si hubo episodio cardiovascular, año de diagnóstico y tipo del mismo, farmacología activa y estado vital. Se calcula tasa de incidencia/1.000 por año. Análisis estadístico descriptivo de los parámetros representativos mediante medidas de tendencia central y dispersión. Comparación de proporciones por ji al cuadrado. Contrastes de hipótesis 5 % y IC 95 % por distribución de Poisson.

Resultados. Se incluyeron 166 casos; edad media 48,1 DE: 6,60; el 38,6 % mujeres. Los FRCV previos más frecuentes fueron hipertensión arterial (57,8 %) y dislipemia (58,2 %). Sin diferencias estadísticamente significativas por sexo excepto para índice de masa corporal mayor en las mujeres (34,5 frente a 30,6), pero menor RCV Framingham (12 frente a 15). La prevalencia de los FRCV aumentó a lo largo del seguimiento, pero mejoraron los criterios de control (tabaco < 0,001, dislipemia $p < 0,001$), pero no la hemoglobina glicada. La tasa de incidencia de la DM2 fue 12,6/103/año; 2,40/103/año en cardiopatía isquémica; 2,40/103/año en arteriopatía periférica; y 0,60/103/año en ictus. Hubo una muerte.

Conclusión. La tasa total cruda de incidencia de episodios cardiovasculares fue 5,4/103/año, el doble de la conocida en la población no diabética.

//// ID 344

Efecto del apoyo social sobre el control glucémico
Alonso Fachado A, Menéndez Villalva C,
Montes Martínez A

CS de Carballo (A Coruña); CS de Mariñamansa (Ourense);
Facultad de Medicina de La Universidad de Santiago de Compostela.
Carballo. Galicia

Correo electrónico: alfachado@hotmail.com

Objetivos. Estudiar la relación entre el apoyo social y el control metabólico de la diabetes mellitus tipo (DM2) durante un período de un año de seguimiento

Material y métodos. Se seleccionaron 344 pacientes DM2 seguidos en el centro de salud. Durante el análisis, se midieron las siguientes variables clínicas: edad, sexo, HbA1c, glucemia basal, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos, presión arterial, consumo de alcohol, consumo de tabaco, índice de masa corporal.

Asimismo, se determinaron las siguientes variables socio-familiares: estado civil, nivel cultural, situación laboral, clase social, tipo de familia, apoyo social-funcional y red social.

Resultados. La edad media fue de 65,01 (IC 95 %: 63,04-66,98) años, y el 56,8 % eran mujeres. La tipología predominante era la familia nuclear (65,3 %). El 47 % de los pacientes tenían una red social escasa (0-5 contactos sociales). Se detectó un 46,9 % de casos de bajo apoyo funcional. En este estudio, todas las variables de apoyo social, excepto para el apoyo instrumental, han demostrado estar relacionados de forma estadísticamente significativa con el control glucémico. De esta forma, para el apoyo funcional total OR: 0,97 (0,95; 0,98), apoyo emocional OR: 0,93 (0,90; 0,97), apoyo

afectivo OR: 0,88 (0,81; 0,97) y la interacción social positiva OR: 0,92 (0,86; 0,98).

Conclusión. Se ha podido demostrar que en individuos diabéticos tipo 2, con escaso apoyo social, el apoyo funcional total y las dimensiones de apoyo del área socio-emocional son variables protectoras del mal control de la HbA1c.

//// ID 374

Prevenir la diabetes mediante una intervención intensiva sobre el estilo de vida en Atención Primaria es factible y una estrategia efectiva

Barrio Torrell F, Costa Pinel B, Sagarra Álamo R, Cot Rosell M, Caula Ros J, Pujol Aymerich F

Grupo de Investigación De-Plan-Cat/predice; Idiap Jordi Gol; Institut Català de la Salut. Reus. Cataluña

Correo electrónico: ciscobarrio@gmail.com

Objetivos. Evaluar la efectividad una intervención sobre el estilo de vida para la prevención de la diabetes tipo 2 en Atención Primaria.

Material y métodos.

Tipo de estudio: estudio prospectivo de cohortes.

Ámbito de estudio

Atención primaria: 12 centros, 104 profesionales (medicina y enfermería).

Sujetos

Muestra aleatoria de población no diabética de referencia (45-75 años).

Mediciones e intervenciones

Doble cribado mediante cuestionario FINDRISC (8 ítems que analizan el riesgo futuro de diabetes) y una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). Descartados sujetos con PTOG sugestiva de diabetes; aquellos con alto riesgo identificado por una u otra vía recibieron una intervención para modificar el estilo de vida (informativa o educativa, individualizada o en grupos). El indicador primario de efectividad fue el desarrollo de diabetes a los cuatro años (criterios OMS).

Resultados. Contacto con 2.547 usuarios, de los que respondieron al cuestionario 2.054 (80,6 %). Realizan la PTOG 1.192 (58 %). Riesgo alto de diabetes en 624 sujetos (347 por FINDRISC, 106 por PTOG y 171 por ambas). Aceptaron la intervención 552 (88,5 %) (219 intervención informativa y 333 intervención educativa). Ambos grupos comparables en edad, sexo, índice masa corporal, puntuación FINDRISC, valores glucémicos y en interés por introducir cambios en su estilo de vida. Se diagnosticó diabetes a 124 participantes, 63 (28,8 %) en intervención informativa y 61 (18,3 %) en intervención educativa. Incidencia de diabetes de 7,2 y 4,6 casos por 100 personas/año, respectivamente (36,5 % reducción de riesgo relativo; $p < 0,005$, prueba *log rank*), mediana de seguimiento 4,2 años. El número necesario de participantes a los que se ha de tratar durante cuatro años para reducir un caso de diabetes fue 9,5. La intervención educativa tuvo un efecto protector sobre la incidencia de diabetes en todos los modelos multivariados analizados [OR entre 0,54 (0,37-0,79) y 0,65 (0,45-0,92), regresión de Cox].

Conclusión. La intervención educativa sobre el estilo de vida es factible en Atención Primaria y reduce sustancialmente la incidencia de diabetes entre los participantes con riesgo alto.

//// ID 570

Influencia de los determinantes de desigualdad social en los indicadores de proceso y resultados en personas con diabetes mellitus tipo 2

Pascual de la Piza B, Márquez Calzada C, Cruces Jiménez J, Fernández Gamaza M, Bohórquez Colombo P, Sánchez Cañada M
Distrito Sanitario de Atención Primaria Aljarafe. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. Andalucía
Correo electrónico: beatriz.pascual.pisa@gmail.com

Objetivos. Analizar la influencia de los determinantes de desigualdad social (DDS) en los indicadores de proceso (IP) y resultados (IR) en personas con diabetes tipo 2 (DM2).

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal en 9 centros de salud aleatorizados, según tamaño poblacional. Sujetos: adultos con DM2 que consintieron en participar. n = 449 sujetos (alfa = 5 %; beta = 80 %; p1 = 50). Muestreo aleatorio simple. Variables independientes (DDS): edad, género, municipio (periurbano/rural), nivel educativo (NE), ocupación, ingresos económicos y clase social. Variables dependientes: IP: solicitud de HbA1c, perfil lipídico, albuminuria, fondo de ojo, exploración de pies y electrocardiograma (ECG); IR: valor de HbA1c, perfil lipídico, microalbuminuria, índice de masa corporal (IMC), complicaciones micro y macrovasculares, calidad de vida (EsDQOL). Fuentes de información: entrevista estructurada presencial e historia clínica. Análisis estadístico: descriptivo univariante y bivariante según la naturaleza de las variables.

Resultados. Se incluyeron 454 pacientes (54,2 % varones); edad media, 67,48 años (IC 95 % 66,58 a 68,38).

El IP de mayor cumplimiento fue la exploración de pies (59,6 %) y el menor el ECG (15,8 %). El cumplimiento de IP mostró asociación estadística con la edad y el municipio. La edad estaba relacionada con la prevalencia de complicaciones micro/macrovasculares ($p < 0,05$). El género mostró relación frente a IMC, perfil lipídico, albuminuria y eventos cardiovasculares ($p < 0,05$). El NE mostró relación con la presencia de retinopatía e hipertensión arterial ($p < 0,05$). La ocupación se relacionó con los antecedentes de eventos cardiovasculares ($p < 0,05$). La calidad de vida mostró asociación estadística con la edad, género, ocupación, ingresos económicos, diagnóstico de HTA y dislipemia, la presencia de pie diabético y retinopatía diabética.

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

//// ID 625

La liraglutida mejora el perfil lipídico y los biomarcadores de riesgo cardiovascular desde la línea basal
Navarro J, Briones T

CS Salvador Pau; Departamento Valencia-Clinico-Malvarrosa/ Novo Nordisk Pharma SA. Valencia. Comunidad Valenciana
Correo electrónico: tmbm@novonordisk.com

Objetivos. La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se caracteriza por un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular (CV). En este análisis se evaluó el impacto de la terapia con

liraglutida en los perfiles lipídicos y biomarcadores de riesgo CV en pacientes con DM2.

Material y métodos. Se realizó un metaanálisis de siete estudios aleatorizados controlados de ensayos en fase 3 que comparó liraglutida 1,8 mg OD con otras terapias para DM2 (glimepirida, rosiglitazona, insulina glargina, exenatida, sitagliptina) y placebo utilizando datos de 0-26 semanas. El estudio emplea el modelo ANCOVA (análisis de la covarianza) como método de homogeneización de los efectos de los tratamientos en el metaanálisis, asigna a los tratamientos previos y a los tratamientos resultantes de la aleatorización la categoría de variables de efecto y reserva la categoría de covariable al valor basal de la variable principal de observación.

Resultados. El tratamiento con liraglutida disminuyó significativamente el colesterol total (CT), las -colesterol-lipoproteínas de baja densidad (cLDL) y los triglicéridos (TG) desde el nivel basal ($p < 0,0001$ para todos) (tabla). Solo los TG disminuyeron de forma significativa con glimepirida y con sitagliptina los ($p < 0,01$ para ambos).

La liraglutida también dio lugar a reducciones significativas en los biomarcadores cardiovasculares, inhibidor activador del plasminógeno 1 (PAI-1) ($p < 0,01$), péptido natriurético cerebral (BNP) y proteína C reactiva de alta sensibilidad (PCR-hs) ($p < 0,0001$ para ambos) frente a basal. La reducción de PAI-1 y BNP por el resto de los comparadores fue no significativa. La rosiglitazona disminuyó de forma significativa la PCR-hs frente a la basal ($p < 0,0001$).

Conclusión. A diferencia de los comparadores, la liraglutida reduce significativamente el perfil lipídico y los biomarcadores cardiovasculares en los pacientes con DM2.

Así, además de sus conocidos efectos sobre la glucemia, el peso y la presión arterial sistólica, la liraglutida también puede reducir el riesgo cardiovascular mediante la mejora del perfil lipídico y de biomarcadores cardiovasculares.

//// ID 735

Hoy cocinamos juntos: talleres de cocina para personas con diabetes

Medina Martínez M, Navarro Ortiz C, Cintas Bravo J, Guilló Barceló D, Boscho Arcos M, Catalán Oliver C

Departamento de Salud del Vinalopó. Elche-Crevillente-Aspe. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: mmmmedina@vinaloposalud.com

Objetivos de la experiencia. La diabetes requiere unos conocimientos sobre alimentación y nutrición que no siempre son bien transmitidos desde las consultas de Atención primaria.

Con esta experiencia hemos cambiado la bata por el delantal y nos hemos ido a cocinar con nuestros diabéticos, procurando favorecer un ambiente distendido para que adquieran conocimientos sobre técnicas de elaboración de los alimentos y fomentar la variedad y riqueza de la dieta mediterránea.

Se trata de un proyecto de atención comunitaria multidisciplinar.

Descripción de la experiencia. Se convoca cada día a los pacientes de un centro de salud (15 por sesión) con sus referentes de enfermedades cardiovasculares (médico de familia y enfermera) en un instituto que imparte clases de cocina. La materia prima y el profesor-cocinero corren a cargo de la empresa de cocina de nuestro hospital.

La nutricionista elabora los menús que se van a cocinar en el taller y asiste a los mismos para, conjuntamente con el cocinero, ir dando nociones de alimentación saludable mientras se cocina.

Cada sesión dura tres horas y se elaboran platos que, una vez finalizado el taller, se convierten en un almuerzo saludable y divertido para el grupo de profesionales y pacientes asistentes.

A los paciente se les regala un delantal con el logo del departamento y un diploma de asistencia.

Se les pasa un cuestionario de satisfacción y un test de evaluación de conocimientos pretaller y postaller.

Conclusiones. Los pacientes diabéticos nos han oído en múltiples ocasiones hablar de dieta, pero según nuestra experiencia se genera mayor impacto al empoderar al paciente mediante los cursos de cocina compartidos.

Los resultados en la encuesta postaller confirma que los pacientes entienden y asimilan los contenidos del taller.

Aplicabilidad. La experiencia ha sido muy satisfactoria para pacientes y profesionales, de bajo coste para el departamento, y divertida y muy mediática.

Osteoporosis / Aparato locomotor

//// ID 418

Prevalencia del síndrome de isquiosurales cortos (SIC) en una población escolar

Comesaña López M, Gómez García C, Ramos López S, Sánchez Andújar L, Albadalejo Monreal D, Hidalgo García I

CS Vistalegre-La Flota. Murcia. Murcia

Correo electrónico: claragomezgarcia@hotmail.com

Objetivos. Medir la prevalencia del SIC en la población escolar de un área de salud urbana. Conocer la existencia de una relación con la obesidad del SIC en ese grupo de edad.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal de población escolar de tercero de primaria en un área de salud urbana. Participan todos los niños de los colegios públicos (n: 122), previa información y obtención del consentimiento, por escrito, de los padres para la participación en el estudio. Cuatro residentes llevan a cabo la exploración mediante la toma de medidas antropométricas y la realización de los test de valoración del SIC: dedo-suelo, EPR, ángulo-poplíteo y ángulo LH. Medición de variables cuantitativas: edad, IMC. Cualitativas: sexo, IMC en percentiles. En el análisis estadístico hemos utilizado medias con IC 95 %, proporciones, y estadístico ji al cuadrado. Se realiza un estudio de concordancia interobservador para los test del SIC (coeficiente correlación intraclase).

Resultados. De los 122 niños, el 55 % son varones y el 45 % mujeres, con una edad media de 8,4 años (IC 95 %: 8,37-8,49); el 49,1 % no tienen sobrepeso, el 25,4 % presentan sobrepeso y el 25,4 % son obesos. El 42 % tienen test de valoración del SIC normales, el 34 % tienen SIC grado I y el 24 % grado II. Existe una relación significativa ($p = 0,02$) entre obesidad y sobrepeso y la presencia de SIC, aunque no hay una relación significativa con el grado del SIC.

Conclusión. 1) Hay una alta proporción de SIC de grado I y II en escolares de tercero de primaria.

2) Existe una relación significativa entre el sobrepeso y la aparición de SIC en sus distintos grados.

//// ID 467

Diferencias en el consumo de analgésicos en personas diagnosticadas de artrosis o fibromialgia de un grupo de ejercicio físico

Olaya Velázquez I, Iglesias Martínez B, Ramos Fuertes A, Garrell Corbera I, Royo Pastor C, De Juan Asenjo C
CS de la Magdalena; CS de Sabugo; CAP de La Mina. Avilés. Asturias
Correo electrónico: iolaya@telecable.es

Objetivos. Conocer la frecuencia en el consumo de analgésicos en una cohorte de pacientes que realizan ejercicio físico comparándolos con sus controles y analizar si existen diferencias entre ambos grupos.

Material y métodos. Estudio de cohortes retrospectivo entre octubre de 2010 y octubre de 2011. La muestra está constituida por 99 controles y 33 sujetos que formaban parte de un grupo de ejercicio físico dirigido por el personal sanitario de un centro de Atención Primaria de un área urbana, con una edad de 50 años o mayores, diagnosticados de artrosis en al menos una localización (cadera, rodilla o raquis) o fibromialgia. Las variables estudiadas fueron localizaciones de artrosis o fibromialgia y número de envases de analgésicos retirados de la oficina de farmacia durante el estudio. Se realiza un análisis descriptivo en forma de frecuencias para las variables cualitativas; para las variables cuantitativas, se presentan con medidas de centralización y dispersión (media y desviación típica) y la prueba t de Student, para comparar el consumo de analgésicos entre los dos grupos, mediante SPSS 11.5. La principal limitación del estudio es que no se controla por tiempo de evolución de la artrosis. Este estudio no plantea problemas ético-legales.

Resultados. Se incluyeron 132 sujetos (73 % mujeres) con una edad media de 68,31 años ($68,31 \pm 7,9$). 1.817 envases de analgésicos (82,4 % controles), de los cuales el 55,7 % son de paracetamol, 37,4 % AINE y 6,9 % de tramadol. Se encontraron diferencias en el consumo de analgésicos entre los dos grupos, siendo estadísticamente significativa en el consumo de AINE (IC 95 %: 0,783-4,935) y no significativa con el paracetamol (IC 95 %: -0,506-3,920) ni con el tramadol (IC 95 %: -0,075-1,793).

Conclusión. La organización de grupos de ejercicio físico desde los centros de Atención Primaria puede ser una buena práctica, ya que disminuye el consumo de analgésicos y, por tanto, los posibles efectos secundarios asociados al mismo.

SESIÓN ORAL 10. MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES (II)

Viernes, 15 de junio / 09.30-11.30 h

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.

Planta -2 / Sala A3.2

Digestivo

//// ID 117

Predictores de la persistencia de la hipertransaminasemia asintomática
Díez Vallejo J, Domínguez Ayala M, Comas Fuentes A
CS Otero. Oviedo. Asturias

Correo electrónico: angel.comas@sespa.princast.es

Objetivos. La hipertransaminasemia asintomática (HA), definida como elevación de alanina-aminotransferasa (ALT),

de aspartato-aminotransferasa (AST) o de ambos, es un hallazgo frecuente en la práctica diaria. En un estudio previo sobre una muestra aleatoria de 1.136 analíticas, excluyendo pacientes con enfermedad hepática conocida, encontramos un 15,24 % (IC 95 %: 13,52-16,96 %) de pacientes con HA, de los que un 31,81 % (IC 95 %: 26,21-37,4 %) se normalizaron en posteriormente. Nos proponemos estudiar los factores asociados a la persistencia de HA.

Material y métodos. Hicimos un seguimiento los pacientes con HA durante 3 años. Se compararon edad, género, IMC, consumo alcohol, consumo fármacos hepatotóxicos y niveles de ALT, AST y gamma-glutamyltransferasa (GGT) entre los pacientes con y sin persistencia de HA a nivel bivalente y mediante regresión logística. Estudiamos factores asociados a la persistencia de HA mediante curvas ROC y valoramos el área bajo la curva (ABC) y el punto de corte que maximiza el índice de Youden con su sensibilidad (S) y especificidad (E).

Resultados. Entre los pacientes con persistencia de HA había más varones que entre los no persistentes (58 % frente a 31,3 %; $p = 0,008$) y tenían la GGT más elevada (80,4 frente a 42,1; $p = 0,016$). Mediante regresión logística solo la GGT se asociaba significativamente a la persistencia de HA (OR: 1,011; IC 95 %: 1,003-1,018; $p = 0,005$). El ABC para la GGT es de 0,680 (IC 95 % 0,593-0,759; $p < 0,001$), el punto de corte es de 31 o más (S: 87,50 % E: 46,05 %). El ABC para la AST es de 0,565 (IC 95 % 0,476-0,651; $p = 0,196$; punto de corte de 24 o más; S: 92, 86 % E: 22,37 %) y para la ALT 0,607 (IC 95 % 0,518-0,691; $p = 0,031$; punto de corte de 43 o más; S: 66,07 % E: 50,00 %).

Conclusión. La elevación de la GGT es el mejor predictor de persistencia de la HA. La propia elevación de AST y ALT tiene menor capacidad predictiva

Dislipemias / Nutrición / Obesidad

//// ID 264

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

Estrella Santos P, Guzmán Ruiz M, Delgado Mediano C, Cueto Camarero M, Martínez Fernández M, Pérez Milena A

CS El Valle. Jaén. Andalucía

Correo electrónico: Carmen_Mdm71@Hotmail.Com

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

Pacientes y métodos. Metodología cualitativa con método interpretativo. Participan adolescentes de un instituto de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato de una zona urbana. Se realiza una entrevista grupal (grupos de discusión, 60 minutos) para cada nivel educativo, registrados mediante videgrabación. Muestreo intencional; criterios de homogeneidad: curso escolar; criterios de heterogeneidad: sexo, peso y sospecha de trastorno de conducta alimentaria. Proceso de análisis: codificación, triangulación de categorías y obtención/verificación de resultados.

Resultados. 58 adolescentes (6 grupos; 15,3 años \pm 0,4). Se aprende a comer en la familia: la madre es figura esencial (planifica/compra/prepara los alimentos), con la escasa participación familiar y del adolescente en la cocina. En general

la calidad/cantidad de la comida es considerada buena/muy buena. Se cree tener una alimentación variada, aunque se rechazan determinados alimentos por sabor/olor/textura. Los adolescentes pueden «negociar otros alimentos» en función del humor paterno/materno («la cocina siempre está abierta»): se pueden picar alimentos calóricos en cualquier momento. Hay cinco comidas diarias: un almuerzo muy abundante, habitualmente en familia y con la televisión encendida, aunque de corta duración (inferior a 30 minutos); un desayuno pobre y bocadillos con embutidos (recreos/meriendas). Las chucherías, accesibles, se comen a escondidas y son accesibles en el instituto. Los amigos y anuncios no parecen influir. La imagen corporal limita la ingesta en mujeres adolescentes para evitar el sobrepeso, y varía en adolescentes con actividad deportiva intensa.

Conclusión. La mejora en los hábitos nutricionales debe incorporar las vivencias/creencias de los propios adolescentes para motivar su participación en el diseño y realización de la dieta del hogar. Es fundamental involucrar a las madres como principales líderes familiares.

//// ID 282

¿Realizan El desayuno de los escolares un desayuno saludable?

Reina Nicolás I, Vives Hernández J, Pérez Valero I, Gil Pérez T, Soler Torroja M, Monsó Pérez-Chirinos F

CS Profesor Jesús Marín López. Molina de Segura. Murcia

Correo electrónico: isabelreinanicolas@gmail.com

Objetivos. Analizar los hábitos de desayuno y almuerzo en escolares de un municipio como parte de un programa de prevención de obesidad infantil.

Material y métodos. Estudio descriptivo en el que se analizaron 755 encuestas autoadministradas a escolares de quinto de primaria de un municipio de 66.000 habitantes. En dichas encuestas se recogían variables sobre desayuno y almuerzo.

Resultados. El 97 % de los niños encuestados afirmó haber desayunado esa mañana, y el 87 % hacerlo a diario. El 95 % tomó almuerzo a media mañana. El 93 % indicó haber hecho ambas cosas. El tipo de alimentos más consumido en el desayuno fueron los lácteos (77 %), seguidos de tostada/pan (44 %) y cereales (41 %). Solo el 19 % de los niños afirma tomar fruta en el desayuno, y el 30 % lo hace en forma de zumo natural. Un 45 % no toman nada de fruta ni en desayuno ni en almuerzo. Solo el 17 % de los niños que desayunaron, consumieron los 3 componentes (fruta, lácteos y cereales). En el almuerzo, el 90 % de los niños tomaron bocadillo. El 45 % de los niños desayunó acompañado de algún adulto, un 24 % de ellos hizo un desayuno completo frente a un 11 % de los que desayunaban sin adultos. El 43 % desayunó viendo la televisión.

Conclusión. – En general, los escolares desayunan a diario, pero no realizan un desayuno completo.

– Existe poca tradición de tomar fruta en el desayuno, lo que se compensa en parte con zumo natural. Un elevado número de escolares no toman ni lo un ni lo otro.

– Los niños que desayunan con adultos tienen más tendencia a tomar un desayuno completo, por lo que se debe fomentar su participación.

//// ID 295

Pacientes con colesterol. ¿Nos adecuamos en Atención Primaria a las guías de práctica clínica?

Martínez Manero A, Piñol Moreso J, Albiol Lluís R, Hernández Lázaro E, Mora Gilabert N, Sardaña Álvarez E

Montrouig del Camp. Tarragona. Cataluña

Correo electrónico: adrianammanero@hotmail.com

Objetivos. Determinar y evaluar el grado de adecuación de los profesionales sanitarios de Atención Primaria a la guía de práctica clínica (GPC) sobre colesterol y riesgo coronario de nuestro ámbito en cuanto a la prevención primaria (PP) y secundaria (PS) de los pacientes diagnosticados de dislipemia.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo, realizado en un área básica de salud (ABS). La muestra son 744 pacientes: Varones de 35 o más años y mujeres de 45 o más años. Se incluyen todos los pacientes diagnosticados de dislipemia adscritos al ABS durante un año. Se excluyen los exitus y pacientes trasladados. Se revisan si cumplen los criterios de la GPC en los tratamientos, cambios de dosis y registros del perfil lipídico en PP y PS en la historia clínica informatizada.

Se estima el grado de adecuación a la GPC mediante el cálculo de las proporciones con el intervalo de confianza del 95 %. Se compara el grado de adecuación a la GPC según el grupo de edad y el sexo del paciente y la unidad básica asistencial (UBA) asignada al paciente mediante la prueba ji al cuadrado de Pearson, el nivel de significación estadística establecido 5 % ($p < 0,05$).

Resultados. El grado de adecuación global es de un 35,5 % [32,0-39,0]; en prevención primaria, de 36,4 % [32,7-40,1]; en prevención secundaria, de 27,6 % [18,0-39,1]. Existieron diferencias significativas según el sexo, el grupo de edad y la UBA tanto globalmente como en prevención primaria. No existen diferencias significativas entre los grupos en prevención secundaria.

Conclusión. Solo uno de cada tres pacientes con dislipemia se adecua a la GPC sobre colesterol y riesgo coronario. La adecuación es mayor en prevención primaria que en prevención secundaria. La edad, el sexo y la UBA se asocian con una mayor adecuación a la guía de forma global y en prevención primaria.

//// ID 434

Valor predictivo de la comorbilidad psiquiátrica en el resultado observado a los cinco años poscirugía en una cohorte de pacientes obesos tratados con cirugía bariátrica

Mazagatos Uriarte B, Latorre García P, Inglés Borda S, Vicente Vicente M, Martínez de Aragón Remírez de Esparza G, López Picado A

Psiquiatría Hospital Txagorritxu; Uiapb; Nutrición Hospital Txagorritxu; Cirugía Hospital Txagorritxu 5 Unidad de Investigación de Araba.

Vitoria-Gasteiz, Bilbao. País Vasco

Correo electrónico: klatorregar2@vodafone.es

Objetivos. El objetivo del estudio es indagar si la presencia de comorbilidad psiquiátrica puede ser un indicador del pronóstico de la intervención a medio y largo plazo (2, 3 y 5 años).

Material y métodos. 87 pacientes intervenidos (enero de 2001-diciembre de 2005). Edad: $39,8 \pm 10$ años; IMC: $46,7 \pm 5,6$; 85,8 % mujeres. Previamente a la intervención se realiza una entrevista psiquiátrica semiestructurada. Entre otros factores se recoge la presencia de comorbilidades psiquiátricas (definidas como consulta y tratamiento previo a la evaluación prequirúrgica). Se recogen preintervención, a los 2, 3 y 5 años, peso corporal, diabetes mellitus (DM), hipertensión (HTA). Se calcula IMC (Kg/talla²), porcentaje de IMC perdido (IMC_{PER}) y porcentaje de sobrepeso perdido sobre el teórico ideal (PSP). Se considera fracaso si el PSP es inferior al 50 % y el IMC, superior a 35 kg/m².

Resultados. El porcentaje de pacientes con resultados aceptables a los dos años de la intervención fue del 87 %, del 83,5 % a los tres años y del 70,9 a los 5 años ($p < 0,001$). El porcentaje de pacientes con comorbilidades psiquiátricas que presentan mala evolución fue similar en todos los períodos estudiados (ji al cuadrado: pn.s.). El IMC_{PER} fue superior en pacientes sin comorbilidades psiquiátricas (38,6 frente a 34,9 a los 2 años; 37,4 frente a 32,9 a los 3 años y 33,7 frente a 30,8 a los 5 años) si bien en un modelo longitudinal de efectos mixtos ajustado por esas variables los resultados no fueron concluyentes. La prevalencia de DM en la muestra descendió de un 19,5 a un 6,9 % y la de HTA de un 33,3 a un 14,9 %.

Conclusión. Los pacientes mejoraron en cuanto a peso, IMC y comorbilidades cardiovasculares respecto a su estado preintervención.

La evolución de los dos grupos (con y sin comorbilidades psiquiátricas) fue similar, siendo ligeramente peor en el grupo con comorbilidades, pero sin resultados concluyentes. Es necesario explorar más factores explicativos de la evolución de estos pacientes.

//// ID 436

Características psicosociales, demográficas y factores de riesgo cardiovascular en obesos mórbidos que solicitan intervención de cirugía bariátrica

Mazagatos Uriarte B, Latorre García K, Inglés Borda S, Serrano Fernández B, Martínez Blázquez C, López Picado A

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Araba (Sede Txagorritxu); Uiapb; Unidad de Nutrición, Hospital Universitario de Araba (Sede Txagorritxu); Cirugía, Hospital Universitario de Araba (Sede Txagorritxu); Unidad de Investigación de Araba; Ho. Vitoria-Gasteiz; Bilbao. País Vasco

Correo electrónico: klatorregar2@vodafone.es

Objetivos. Describir las características sociodemográficas y psicosociales de una cohorte de pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica.

Material y métodos. Se incluyen 453 pacientes reclutados entre enero de 2001 hasta finales de 2011. Se realiza una entrevista psiquiátrica semiestructurada en la que se recogen diferentes variables: sociodemográficas, patrón de ingesta (alimentación desordenada, ordenada sin restricción u ordenados restrictivos), pautas generales de la evolución de la obesidad definidas por el paciente (progresivo y constante, fenómeno yo-yo o frecuentes oscilaciones significativas) y repercusión psicosocial (RP). Se recoge la presencia de diabetes mellitus (DM), hipertensión (HTA), hábito enólico y tabáquico.

Resultados. Sexo: 74,9 % de mujeres. Edad media: 41 años (15-64). Escolaridad < 8 años: 64 %. IMC: 48,2 (35-73,5). El 59,5 % eran obesos desde la infancia.

El 57,8 % presentan alimentación desordenada, el 23,3 % patrón de alimentación ordenado sin restricción y el 18,7 % ordenado restrictivo. El aumento de peso es definido como progresivo y constante en un 50,4 %, en un 29,8 % como fenómeno yo-yo y en un 19,8 % como con frecuentes oscilaciones significativas.

Un 43,6 % de los pacientes habían estado en tratamiento psicológico o psiquiátrico, pero con escasa patología psiquiátrica mayor. El 28,5 % afirma que la obesidad no tiene ninguna RP. El 38,6 % refiere tener limitada su autonomía; el 48,4 % siente su autoestima disminuida por la obesidad y el 38 % siente que interfiere en sus relaciones sociales.

El 32,1 % fuma a diario, y un 14 % declaran consumir alcohol más de 2 veces por semana (un 4 % a diario). Un 31 % presentaba DM y un 47 % HTA.

Conclusión. El prototipo de paciente candidato a cirugía bariátrica en nuestro centro es una mujer de mediana edad con estudios primarios, obesa desde la infancia y con aumento de peso progresivo y tendencia al picoteo, que siente su autoestima disminuida por la obesidad y que en un alto porcentaje ha estado en contacto con profesionales de la Salud Mental. Presenta DM y HTA con frecuencia mayor a la esperable para su edad.

//// ID 681

Influencia del sobrepeso y la obesidad en la calidad de vida de los pacientes en Atención Primaria de salud
Miranda Aróstegui G, Quillama Torres E, González Casado A, Rodríguez Cristóbal J, Pérez Santos J, Sanfeliu Soto N

ABS Florida Sur; ABS Florida Norte. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña
Correo electrónico: 21002jrc@comb.cat

Objetivos. La mortalidad global y cardiovascular se incrementa con el peso. La obesidad es un factor independiente de otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV). La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la dieta mediterránea es un factor importante en el control y tratamiento de estos pacientes.

1. Determinar la CVRS en pacientes con sobrepeso y obesidad. 2. Analizar la asociación de la CVRS con los diferentes grados de obesidad y las fases de Prochaska. 3. Estudiar la adherencia a la dieta mediterránea de estos pacientes.

Material y métodos. Ensayo clínico aleatorio multicéntrico en pacientes con sobrepeso y obesidad. Un grupo recibe motivación (grupo intervención) y el otro el tratamiento habitual (grupo control). Datos analíticos: perfil lipídico. La CVRS fue estimada con el cuestionario SF-36 (2.ª versión), asociado a dos escalas agregadas: componente sumaria física (CSF) y componente sumaria mental (CSM). Se valoró en una escala de 0 (peor CVRS) a 100 (mejor CVRS). Se realizó un estudio nutricional en base a la ingesta real de los pacientes durante tres días, anotando todo lo que consumían (alimentos y bebidas) en las hojas de registro facilitadas en su consulta de enfermería.

Resultados. Población estudiada: 755 pacientes, 375 controles y 380 intervenciones. La CSF media fue de 42,8 puntos (43,3 control y 42,3 intervención). La CSM fue de 35,9 puntos (35,4 control y 36,3 intervención). No se detectaron diferencias significativas en la CSF y CSM, según la fase Prochaska donde se encontraron. Al aumentar la clasifica-

ción de obesidad disminuyó la CVRS, siendo más significativa en la CSF. La CVRS del grupo control era inferior que la del grupo intervención. Estudio nutricional: energía Kcal 1.690: 37 % hidratos de carbono (23 % azúcares simples), 41 % grasas totales (12 % saturadas), 21 % proteínas; colesterol 285, 83 mg; fibra 20 g.

Conclusión. El sobrepeso y la obesidad disminuyen la CVRS en pacientes de Atención Primaria. Hay una elevada ingesta de azúcares simples, grasas y proteínas. Son necesarias estrategias multidisciplinarias de intervención en la reducción de peso.

Enfermedad renal

//// ID 150

Soporte informático para ayudar a tomar decisiones clínicas en pacientes no diabéticos y con enfermedad renal crónica

Férriz Villanueva G, Aguado Jodar A, Riera Nadal N, Rojas Blanc M, Botella Tomás M, Faci Moreno C

ABS Sagrada Família. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: gferriz@hotmail.com

Objetivos. Evaluar la eficacia de una intervención dirigida a mejorar el manejo de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) no diabéticos (ERCND) (diagnóstico, control clínico, manejo y correcta derivación).

Material y métodos. Diseño: estudio de intervención en un centro de salud urbano (población adulta asignada 23.656) con evaluación antes-después sin grupo de control de dos muestras independientes.

Sujetos: muestra basal y postintervención aleatorias de 141 ERCND. Cálculo considerando una prescripción IECA/ARA2 del 52 % (piloto) asumiendo incremento hasta 70 %, riesgo alfa 0,05 y poder estadístico 0,85.

Intervención (I): Implementación «Soporte informático a la toma de decisiones incorporado la historia clínica»: protocolo/guía de actuación ERC, *flash* recordatorios (ajustar dosis según función renal; evitar la prescripción de fármacos nefrotóxicos), *feed-back* y sesiones formativas.

Variáveis: edad, sexo, factores riesgo cardiovascular (RCV), cálculo RCV (Framingham), estimación filtrado glomerular (EFG), daño renal, proteinuria, anemia y correcto registro diagnóstico (CRD) en historia clínica (HC). Valores óptimos presión arterial (PA), perfil lipídico, prescripción de hipolipemiantes, IECA/ARA-II, AINE y adecuación feroterapia (AF). Adecuación indicación ecografía renal (AER) y derivación a nefrología (ADE).

Análisis estadístico: comparación grupos: t de Student y ji al cuadrado). Modelos de regresión logística (MRL) incluyendo variable intervención junto a otras relevantes que difieran en ambos grupos.

Resultados. Grupo basal más joven (edad media 73,8 años [DE 12,8] frente a 77,06 [DE 10,7] $p = 0,023$), con mejor función renal (EFG medio: 49,66 [DE 9] frente a 47,32 [DE 9, 2] $p = 0,034$); ERCND EFG < 45: 20 % frente a 31,1 % ($p = < 0,05$) y menor daño renal: 10 % frente a 24,1 % ($p < 0,002$). CRD HC pERCNDb: 45 % frente a 78,7 % ($p < 0,0001$).

Criterios buen control: el grupo postintervención presentaban mejor control en las siguientes variables: control tensio-

nal óptimo (CTO): 86,5 % frente a 65,7 % ($p < 0,0001$); perfil lipídico óptimo (PLO): 40,4 % frente a 14,3 % ($p < 0,0001$); tratamiento IECA/ARA-II: 72,3 % frente a 52,1 % ($p < 0,0001$); AF: 15,6 % frente a 10 % ($p = 0,033$); RCV medio: 2,74 (DE 1,98) frente a 3,38 (DE 2,39). ADE: 100 % frente a 91,4 % ($p < 0,0001$).

No se observaron diferencias significativas en el consumo de AINE ni en la correcta indicación de estudio ecográfico (varones > 60 años).

MRL demostró que la intervención tenía un efecto positivo en: CRD ($p = 0,000$), CTO ($p = 0,000$), PLO ($p = 0,000$), AF ($p = 0,000$), AER ($p = 0,006$) y ADE ($p = 0,003$).

MRL para las variables dependientes: CRD (variables significativas: intervención OR = 4,1 [$p < 0,0001$], EFG < 45 OR = 5,1 [$p < 0,0001$]); CTO (intervención OR 3,1 [$p < 0,0001$]); PLO (intervención OR = 3,7 [$p < 0,0001$], EFG > 45 OR = 2,2 [$p = 0,018$]); AF (intervención OR = 5,6 [$p = 0,003$], EFG < 45 OR = 0,1 [$p < 0,0001$]); AER (intervención OR = 2,1 [$p = 0,006$], edad OR = 1,4 [$p = 0,003$], EFG < 45 OR = 2,23 [$p = 0,012$]) y ADE (intervención OR = 2,7 [$p = 0,003$], EFG < 45 OR = 0,055 ($p = 0,000$)).

Conclusión. La intervención implementada mejora la evaluación y manejo de los pERCND, aunque debemos seguir concienciándonos de la necesidad de evitar la prescripción de fármacos nefrotóxicos como los AINE.

/// ID 393

Enfermedad renal crónica en diabetes en Atención Primaria: prevalencia y control de factores de riesgo

Verastegui Córdova J, Velasco Carrera M, Granizo Escolar M, Rodríguez Latre L, Alonso Bes E, Salvador González B

ABS St Vicenç dels Horts; ABS Esparreguera; SAP Baix Llobregat Centre; ABS Gavà 1; ABS Florida Sud. Costa de Ponent. Cataluña
Correo electrónico: bsalvador@ambicp.catsalut.net

Objetivos. Conocer la prevalencia y las características de la enfermedad renal crónica (ERC), así como el control de los factores de riesgo en individuos con diabetes mellitus (DM) mayores de 60 años en Atención Primaria.

Material y métodos. Diseño: estudio transversal.

Ámbito: cuarenta centros de salud con laboratorio de referencia centralizado.

Criterios de selección: individuos con DM y solicitud de creatinina sérica en 2010. Criterios de exclusión: trasplante renal y atención domiciliaria.

Variables: datos de historia clínica informatizada (demográficos y clínicos) y analíticos del laboratorio clínico (cálculo filtrado glomerular [FG] según MDRD-4-IDMS).

Análisis estadístico: bivalente.

Resultados. $n = 24.654$ individuos con DM (25,3 % del total), 50,5 % mujeres, mediana edad 72,0 [Q1; Q3 66,0; 78,0]. Prevalencia FG < 60 : 18,2 % (14,0 % en no DM). Por estadios: 3a=68,7 %, 3b=25,5 %, 4=5,1 % y 5=0,7 %.

Patología asociada: HTA 71,2 % (ERC 85,6 %, no ERC 68 %), cardiopatía isquémica 12,9 % (ERC 18,5 %, no ERC 11,6 %), AVC 13,9 % (ERC 19,1 %, no ERC 12,7 %), arteriopatía periférica 5,7 % (ERC 8,8 %, no ERC 4,96 %), insuficiencia cardíaca 6,7 % (ERC 14,1 %, no ERC 5,03 %), ACxFA 8,1 % (ERC 13,6 %, no ERC 6,9 %) con diferencias significativas (p global y tendencia lineal por estadios $< 0,001$).

Solicitud CAC (cociente albúmina-creatinina): 56,3 % en DM (19,8 % en no DM), 16,9 % con resultado patológico y aumento prevalencia ERC a 24,5 %.

Grado control: presión arterial ($< 140/90$ mmHg): 76,1 % en ERC y 78,8 % en no ERC; colesterol LDL (< 130 mmHg): 78,4 % en ERC y 75 % en no ERC (p global y tendencia lineal por estadios $< 0,001$). No se detectan diferencias significativas respecto a HbA1c (< 7) (55,3 % en ERC y 54,7 % en no ERC; $p = 0,21$).

Conclusión. Hay una alta prevalencia de nefropatía en DM (superior a no DM), principalmente en fase inicial, asociada a mayor comorbilidad cardiovascular.

–La solicitud de CAC es claramente mejorable; se detecta un 6 % adicional de ERC, de forma más precoz y susceptible de actuaciones preventivas.

–El mayor riesgo cardiovascular que representa la nefropatía en DM no se traduce en mayor control de presión arterial, que reduciría también la progresión.

Urgencias

/// ID 133

Intoxicaciones agudas medicamentosas en el hospital de Fuenlabrada

Leco Gil N, Tenajas Cobo R, Jiménez Alcuía R

CS Francia. Fuenlabrada. Madrid

Correo electrónico: natasha_lectogil@hotmail.com

Objetivos. Determinar la prevalencia de intoxicaciones agudas medicamentosas en un servicio de Urgencias y describir el perfil de los pacientes intoxicados y tóxicos empleados.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo transversal.

Ámbito: servicio de Urgencias del hospital de Fuenlabrada.

Período: 1 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2008.

Sujetos: pacientes atendidos por un primer episodio de intoxicación medicamentosa aguda.

Tamaño muestral: 977.

Análisis estadístico: las variables cualitativas se describen por su porcentaje y las cuantitativas por su media y desviación estándar utilizando el programa estadístico SPSS versión 15.0.

Resultados. Las intoxicaciones medicamentosas agudas alcanzan el 0,6 % del total. El 98 % de las intoxicaciones fueron con fines autolíticos. El perfil del paciente intoxicado corresponde a una mujer en el 65,4 % de los casos, con edad media de 35 años y antecedentes de patología psiquiátrica. Los tóxicos más empleados son las benzodiacepinas. El 85,5 % de los casos presentó una evolución favorable.

Conclusión. La prevalencia de intoxicaciones agudas medicamentosas en nuestro hospital es similar a la publicada en otros estudios. Ha ido en aumento hasta estabilizarse en el último año estudiado. Las intoxicaciones fueron más frecuentes en los meses de primavera y en fin de semana, contrariamente a lo publicado. El perfil del paciente, la gravedad y los tóxicos utilizados son similares a los descritos en la bibliografía.

//// ID 497

Manejo de la demanda urgente de pediatría en un dispositivo de Urgencias de Atención Primaria

Bolet Galindo R, Valencia Alvarado A, Aguilar Oñate N, Tibos F, Antoñano Quincoces A, Martín Reyes M

Ugc Uccu Lagunas; Ugc CS La Cala-Mijas Pueblo; Mijas Costa. Málaga. Andalucía

Correo electrónico: sunvalenal@gmail.com

Objetivos. Describir el perfil del usuario de pediatría que acude a un dispositivo de Urgencias de Atención Primaria. Analizar el manejo y tratamiento de la demanda de la población pediátrica en Urgencias de Atención Primaria.

Material y métodos. Diseño. Estudio descriptivo retrospectivo de las asistencias del paciente pediátrico en el primer trimestre del año 2012.

Emplazamiento: dispositivo de Urgencias y cuidados críticos de Atención Primaria, con cobertura las 24 horas.

Material y método. Se revisaron 91 historias clínicas de pacientes de edad pediátrica atendidos en el dispositivo de Urgencias. Se analizaron las variables sexo, edad, motivo de consulta, diagnóstico final, tratamiento indicado y necesidad de valoración hospitalaria, mediante el estudio estadístico con el programa SPSS versión 17.0.

Resultados. Se atendieron a un total de 91 pacientes pediátricos. El 57,1 % fueron varones, de edad media de 5 años (desviación típica 3,37). El principal motivo de consulta fue

la fiebre (37,4 %), seguido de vómitos y diarrea (16,5 %) y odinofagia (9,9 %). Al alta, el tratamiento indicado fue anti-térmico o analgésico, o ambos, en el 26,4 % de los casos, seguido de pautas generales de actuación (16,5 %) y de tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico en un 13,2 %, que quedó limitado a los procesos faríngeos. Solo el 6,6 % de las asistencias precisó derivación a Urgencias hospitalarias.

Conclusión. El perfil del usuario es un paciente de entre dos y cuatro años, y no se aprecian diferencias significativas en cuanto al sexo. La mayoría de las asistencias no presentaban patología urgente, lo cual se reflejaba en el tratamiento administrado y en el porcentaje mínimo de derivación hospitalaria. Esto hace necesario que nos replanteemos la necesidad de la educación poblacional en cuanto al empleo de servicios de atención urgente. La falta de consenso en lo referente a las pautas de atención, uso de antibioterapia, etc. constituye un posible punto de mejora en relación con la calidad asistencial de la unidad de gestión.

SESIÓN: MEJORES COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 15 de junio / 12.00-14.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A4

En esta sección se presentarán las mejores comunicaciones orales presentadas en el Congreso, que serán seleccionadas por el comité científico durante el transcurso del mismo, y de entre las cuales se elegirán las comunicaciones premiadas.

Comunicaciones póster

Comunicaciones con defensa

Sesión póster 1 – Cardiovascular	128
Enfermedad cardiovascular / Factores de riesgo cardiovascular.....	128
Anticoagulación / Antiagregación.....	129
Hipertensión arterial.....	129
Neurología / Cerebrovascular.....	129
Sesión póster 2 – Endocrinología / Grupos especiales	130
Diabetes y síndrome metabólico.....	130
Dislipemias / Nutrición / Obesidad.....	130
Atención a la mujer / Embarazo.....	130
Atención al adolescente.....	131
Medicina y medios de comunicación.....	131
Seguridad del paciente.....	131
Sesión póster 3 – Osteoporosis / Aparato locomotor	131
Osteoporosis / Aparato locomotor.....	131
Sesión póster 4 – Salud Mental / Otros / Miscelánea	132
Salud mental / Burnout.....	132
Otros / Miscelánea.....	133
Violencia doméstica.....	133
Alcohol y drogadicción.....	133
Sesión póster 5 – Medicina interna y especialidades	133
Cáncer.....	133
Enfermedad renal.....	134
Enfermedades infecciosas.....	134
EPOC y enfermedades respiratorias.....	134
Urgencias.....	134
Sesión póster 6 – Docencia / Gestión y uso de medicamentos / Vacunas	135
Docencia (Experiencias docentes).....	135
Gestión, atención y calidad asistencial.....	135
Medicamentos / Medicina alternativa.....	136
Vacunas.....	136
Comunicación sin defensa	136
Proyectos de investigación.....	136
Pósteres sin defensa	141
Alcohol y drogadicción.....	141
Anticoagulación / Antiagregación.....	141
Atención a la mujer / Embarazo.....	141
Atención al adolescente.....	142
Atención al anciano.....	142
Atención al cuidador.....	143
Cáncer.....	143
Diabetes y síndrome metabólico.....	143
Digestivo.....	144
Dislipemias / Nutrición / Obesidad.....	144
Docencia (Experiencias docentes).....	144
Enfermedad cardiovascular / Factores de riesgo cardiovascular.....	145
Enfermedad renal.....	146
Enfermedades infecciosas.....	146
EPOC y enfermedades respiratorias.....	146
Gestión, atención y calidad asistencial.....	147
Hipertensión arterial.....	148
Medicamentos / Medicina alternativa.....	149
Medicina y medios de comunicación.....	149
Neurología / Cerebrovascular.....	149
Osteoporosis / Aparato locomotor.....	149
Otros / Miscelánea.....	150
Salud mental / Burnout.....	152
Seguridad del paciente.....	152
Tabaquismo.....	153
Urgencias.....	153
Vacunas.....	154
Violencia doméstica.....	154

COMUNICACIONES CON DEFENSA

SESIÓN PÓSTER 1. CARDIOVASCULAR

Jueves, 14 de junio / 09.30-11.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A3.3

Enfermedad cardiovascular / Factores de riesgo cardiovascular

//// ID 69

Factores de riesgo cardiovascular: seguimiento a 10 años de una cohorte de población no diabética
Sender Palacios M, Larrosa Saez P, Vernet Vernet M, León Méndez E, Bautista Galí L, Pozo Montolio M

CAP Terrassa Nord-Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa (Barcelona).

Cataluña

Correo electrónico: mvnet@cst.cat

//// ID 191

Adecuación de la indicación de estatinas en pacientes con hipercolesterolemia en prevención primaria de la enfermedad cardiovascular

Berges Raso I, Fàbregas Ecurriola M, Fina Avilés F, Hermosilla Pérez E, Medina Peralta M

CAP La Marina (Barcelona). Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: irenilla7@hotmail.com

//// ID 201

Activación del código infarto agudo de miocardio desde Atención Primaria

Izquierdo Fuentes M, Mur Martí T, Pineda Barrero S, Romero González E, González Candia J, Vázquez Muñoz I

CAP Terrassa Sud. Mútua de Terrassa. Terrassa. Cataluña

Correo electrónico: tnatura@msn.com

//// ID 382

Prevalencia de fibrilación auricular en sujetos mayores de 60 años y los factores asociados en una muestra aleatoria de base poblacional. Estudio AFABE

Clua-Espuny J, Panisello-Arasa A, Lucas-Noll J, González-Rojas N, Abilleira S, Gallofre M

EAP Tortosa 1-Est/ICS. Tortosa. Cataluña

Correo electrónico: jlclua.ebre.ics@gencat.cat

//// ID 529

¿Cómo mejorar la eficiencia en el screening de la hipercolesterolemia?

Tejero López P, Escobedo Espinosa F, Díaz Barroso A, García Panyella M, Giménez Bayá T, Marconsini C

ABS Llefià. Badalona. Cataluña

Correo electrónico: pilitejero@hotmail.com

//// ID 545

Influencia de los conocimientos del paciente sobre insuficiencia cardíaca en la tasa de reingresos ocurridos tempranamente tras el alta hospitalaria
Latorre García P, Osés Pérez de Labeaga M, Otxandategi Sarrionaindia A, Echevarria Villehas M, Amuriza de Luis E, Domingo Rico C
Uiapb; CS Basauri; CS Galdakaom; CS Galdakao; Comarca de Interios. Bilbao, Galdakano, Basauri, Amorebieta. País Vasco
Correo electrónico: klatorregar2@vodafone.es

//// ID 638

Factores de riesgo y pronóstico de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendidos en Atención Primaria
Fernández Villaverde J, Otero Raviña F, Vidal Sampedro J, Lado López M, Allut Vidal G, Blanco Rodríguez R
CAP Riveira; CAP Touro; CAP Vite; CAP Pio do Son; CAP Lousame. Riveira. Galicia
Correo electrónico: josemaria.fernandez.villaverde@sergas.es

//// ID 642

Determinantes pronósticos de una cohorte de pacientes con cardiopatía isquémica crónica. Estudio CIBAR
Fernández Villaverde J, Vidal Sampedro J, Lado López M, Allut Vidal G, Blanco Rodríguez R, Gómez Vázquez J
CAP Riveira; CAP Touro; CAP Vite; CAP Lousame; CAP Pio. do Son. Riveira. Galicia
Correo electrónico: josemaria.fernandez.villaverde@sergas.es

//// ID 370

Programa paciente experto ICS, insuficiencia cardíaca: 24 meses postintervención comunitaria
Ferré González A, Amil Bujan P, González Mestre A, Rubio Muñoz F, Ferrer Vilarnau M, Ramos Caralt M
CAP Vila Vella. Sant Vicenç dels Horts (Barcelona). Cataluña
Correo electrónico: palomaamil1@gmail.com

//// ID 713

Rehabilitación cardíaca de bajo riesgo en el centro de Atención Primaria
Ogalla Vera S, Lozano Pérez J, Vega Quirós C, Herrero Collado F, Marín Alcon M, Herrería de la Lastra A
CS de Castilleja de La Cuesta. Castilleja de La Cuesta. Andalucía
Correo electrónico: sandraogalla@gmail.com

Anticoagulación / Antiagregación

//// ID 200

Los pacientes con fibrilación auricular ¿están preparados para el dabigatrán?
Bartolomé Resano R, Bartolomé Resano T, Pascual Pascual P, Bartolomé Resano F
CS Rochapea; CS Falces; CS Azpilagaña; CS Villava. Pamplona. Navarra
Correo electrónico: rbartolomer@telefonica.net

//// ID 365

Adecuación del tratamiento anticoagulante en pacientes con fibrilación auricular no valvular
Baena Díez J, Yanel D, Espinosa Farrona C, Morales Guevara A, Cruz Rodríguez F, García Lareo M
CS La Marina. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: jbaenad@meditex.es

Hipertensión arterial

//// ID 173

Proyecto PIOHTA: cribado de hipertensión ocular/glaucoma en usuarios con hipertensión arterial
García Serrano M, Asensi Blanch À, Cirera X, Colomé I, Farré J, Juan S
SAP Anoia. Igualada. Cataluña
Correo electrónico: 31274mgs@comb.cat

//// ID 259

Caracterización clínica de la hipertensión arterial en España según el ámbito asistencial: análisis conjunto de cinco estudios
Roldán C, Font B, Muñoz G, Salazar J
Departamento Médico, Área de Cardiovascular y Metabolismo, Novartis Farmacéutica S.A. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: emili.gonzalez@tfsro.com

//// ID 372

Prevalencia de presión de pulso elevada en pacientes hipertensos de 65 años o mayores en Atención Primaria
Bandrés Minguez M, Carrasco Cabrera M, Forés Chacori M, Fernández Ferreira M, Palacios Vitor D, Rengel Boada M
ABS Santa Eulalia Sud. L'Hospitalet de Llobregat. Cataluña
Correo electrónico: mb75bcn@hotmail.com

//// ID 460

Calidad de vida relacionada con la salud del paciente hipertenso en relación con la edad: realidad y percepción. Estudio Equality
Roca-Cusachs A, Abellán Alemán J, Ruiz Hidalgo D, Font Ramos B, Salazar Meléndez J
Hospital de La Santa Creu i Sant Pau; Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica de Murcia; Novartis Farmacéutica. Barcelona. Murcia. Cataluña
Correo electrónico: helena@baphealth.com

//// ID 687

Alteraciones inespecíficas del segmento ST-T del electrocardiograma: lesión de órgano diana?
Soldevila Bacardit N, Torras Borrell J, Cárdenas Chávez A, Olona Tabueña N, Vinyoles Bargalló E, de la Figuera Von Wichmann M
CAP La Mina/Unitat de Recerca Barcelona/EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: nuriasolde@hotmail.com

Neurología / Cerebrovascular

//// ID 233

Banco de cerebros: ¿es conocido por nuestros pacientes?
Lozano Espinosa M, Morato Montaña F, Bueno Macías S, Saura Llamas R, Alfonso Cano C, Leal Hernández M
CS Murcia San Andrés. Murcia. Murcia
Correo electrónico: dra.marialozano@gmail.com

Jueves, 14 de junio / 12.00-14.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A3.3

Diabetes y síndrome metabólico

//// ID 245

Estudio de capacidad predictiva del cribado de retinopatía diabética realizado por médicos de familia versus oftalmólogo
Pérez Orcero A, González Cascante E, Atirriba Vives J, Fàbregas Escuriola M, Sánchez Serna M, Betriu Cabeceran N
CAP La Marina; CAP Manso; CAP Numància; CAP Sants.
Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: aperezor.bcn.ics@gencat.cat

//// ID 322

Concordancia diagnóstica entre médicos de familia y oftalmólogos durante la fase de implantación de un programa de cribado de retinopatía diabética
Martínez Ibán M, Alonso Porcel C, Sánchez Rodríguez L, Arbolea Álvarez L, Álvarez Guisasaola F
CS La Calzada II; CS El Coto; CS Contrueces. Gijón. Asturias
Correo electrónico: martamartineziban@gmail.com

//// ID 371

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y preocupación por las hipoglucemias: actitudes de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y de los médicos en el ámbito sanitario público español
Jódar Gimeno E, Álvarez Guisasaola F, Ávila Lachica L, Palomares R, Font B, Roldán C
Hospital Universitario Quirón. Madrid. Madrid
Correo electrónico: saceituno@outcomes10.com

//// ID 452

Efectividad y seguridad de la insulina determinar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que inician tratamiento con insulina según la práctica clínica habitual en Atención Primaria
Orozco Beltrán D, Galán Barroso M
Hospital de Elda; Novo Nordisk Pharma S.A. Alicante.
Comunidad Valenciana
Correo electrónico: dorozcobeltran@gmail.com

//// ID 651

Diabetes tipo 2 en inmigrantes: diferencias y similitudes con los autóctonos
Faenza V, Riera L, Cuni M, Castillo M, Sánchez S, Morato J
CS Raval Sud. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: 9498jmg@comb.cat

//// ID 686

Cáncer como primera causa de muerte en los diabéticos tipo 2: datos de una cohorte de diagnóstico reciente seguida en Atención Primaria desde 1991
Torras Borrell J, Soldevila Bacardit N, Cárdenas Chávez A, Carbonell Soler P, Colombini M, Manzanares Laya S
CAP La Mina/Unitat de Recerca Barcelona. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: nuriasolde@hotmail.com

//// ID 707

Evaluación del seguimiento de los criterios de correcta atención en diabetes. De la percepción a la realidad
Blanquer Gregori J, Catalá Serrat J, Nolasco S, Sastre de La Hoz R, Quintana Cerezal J, Orozco Beltrán D
CS San Blas. Alicante. Comunidad Valenciana
Correo electrónico: aranhhd@ono.com

Dislipemias / Nutrición / Obesidad

//// ID 456

Adherencia a la dieta mediterránea y valoración del estado nutricional en relación con la presencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes de un centro de salud urbano
Macías Corredera M, Gavilán Pedrajas M, Lechuga Varona M
Ugc Santa Rosa. Córdoba. Andalucía
Correo electrónico: mariamaciascorredera@hotmail.com

Atención a la mujer / Embarazo

//// ID 40

Evaluación de la evolución de las solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo tramitadas en un centro de salud entre los años 2009 y 2011
Hernández Pérez de La Blanca M, López Torres G, Abdel-Lah Mohamed M, Hernández Carmona A, Osorio Martos C, Novo Martín J
CS Almanjajar (Granada); CS de Cartuja y Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) (Granada); CS de Cartuja (Granada); CS Baeza (Baeza, Jaén); CS La Chana (Granada). Granada, Jaén. Andalucía
Correo electrónico: ginelop@yahoo.es

//// ID 356

Seguimiento del embarazo, adecuación al proceso asistencial
Valencia Alvarado A, Morales Rueda A, Cuenca Morillo M, Guerrero González M
Ugc CS La Cala-Mijas Pueblo; Ugc Cs Las Lagunas; Ugc Uccu Lagunas (Mijas Costa). Málaga. Andalucía
Correo electrónico: sunvalenal@gmail.com

//// ID 501

Estudio de prevalencia de hipotiroidismo subclínico en embarazadas pertenecientes a un área de salud
Reyes Herrera C, Navarro Hernández R, Magdaleno Hernández A
CS Albaterra. Albaterra. Comunidad Valenciana
Correo electrónico: christ_reyesh@hotmail.com

//// ID 566

Comparación de la prevalencia del virus del papiloma humano según la técnica empleada
Ramírez Castro V, Muriel Díaz P, Marcos Rodríguez M, Beteta Gorriti A, Juanes Amores M
CS Miguel Armijo. Salamanca. Castilla y León
Correo electrónico: pazmd@ono.com

Atención al adolescente

//// ID 174

Antecedentes familiares como factor de riesgo de la depresión en adolescentes
Also Fontanet A, Pinyol Martínez M, Picas Jufresa A, Giner Martos M, Mauri Vázquez V, Ortigosa Aguilar L
CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: antoalso@gmail.com

//// ID 175

Tratamiento y seguimiento del adolescente deprimido
Also Fontanet A, Pinyol Martínez M, Picas Jufresa A, Giner Martos M, Mauri Vázquez V, Ortigosa Aguilar L
CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: antoalso@gmail.com

//// ID 389

Evolución del consumo de alcohol entre adolescentes en una zona urbana (1997-2010) y su relación con la función familiar
Pérez Milena A, Jiménez Pulido I, Mesa Gallardo M, Leal Helmling F, Martínez Fernández M, Pérez Milena R
CS El Valle. Jaén. Andalucía
Correo electrónico: idoiajp@yahoo.es

Medicina y medios de comunicación

//// ID 675

Desarrollo de un blog en un centro de salud
Lázaro Algado A, Vilar Pont M, Torrent Goñi S, Puigvert Vilalta M, Muñoz de Dios J, Astudillo Velasco J
CS CAP Can Gibert del Pla. Girona. Cataluña
Correo electrónico: alazaro.girona.ics@gencat.cat

Seguridad del paciente

//// ID 353

¿Somos los médicos corticodependientes?
Vico Beso L, Calvet Valera M, Calvet Sabaté A, Zuñiga Cedo E
CAP Roquetes. Sant Pere de Ribes. Cataluña
Correo electrónico: lavinia.vico@gmail.com

//// ID 464

Análisis del impacto producido en la seguridad del paciente de una intervención realizada sobre la prescripción de medicamentos en pacientes mayores de 65 años en un distrito sanitario de Atención Primaria
Santos Urrutia V, Pérez Fuentes M, Valverde Bolívar F, Castro Campos J
Distrito Sanitario Jaén Norte. Linares. Andalucía
Correo electrónico: prezfuentes2@gmail.com

SESIÓN PÓSTER 3. OSTEOPOROSIS / APARATO LOCOMOTOR

Jueves, 14 de junio / 15.30-17.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jaureguia.
Planta -2 / Sala A3.3

Osteoporosis / Aparato locomotor

//// ID 101

Test de concordancia internacional entre los resultados de fractura de cadera esperados por la herramienta FRAX® y las previsiones de la OMS
Roca Figueras G, Azagra Ledesma R, Martín Sánchez J, Aguyé Batista A, Puchol Ruiz N, Sancho Campos M
CAP Sant Llätzer. (CST). Terrassa; EAP Badia del Vallès (ICS); Universitat Autònoma de Barcelona; USR MN-Idiap Jordi Gol; Bioestadística. Ciencias Básicas-CSC; Universidad Internacional de Cataluña; EAP Granollers Centre (ICS); Medicina Nuclear. Hospital. Terrassa, Badia del Vallès, Granollers, Cornellà, Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: groca@movistar.es

//// ID 102

Umrales de la herramienta FRAX® para determinar el nivel de riesgo de fractura principal en las mujeres de la población española. El modelo Fridex
Azagra Ledesma R, Roca Figueras G, Aguyé Batista A, Encabo Duró G, Zwart Salmerón M, Iglesias Martínez M
EAP Badia del Vallès (ICS); Universitat Autònoma de Barcelona; USR MN-Idiap Jordi Gol; CAP Sant Llätzer. (CST). Terrassa; EAP Granollers Centre (ICS); Medicina Nuclear. Hospital Universitari Vall d'Hebron (ICS); ABS Can Gibert del Pla-Girona 2 (ICS). Badia del Vallès, Barcelona, Terrassa, Granollers, Girona. Cataluña
Correo electrónico: groca@movistar.es

//// ID 104

Resultados iniciales sobre la incidencia de fractura osteoporótica en mujeres de la cohorte FROCAT
Roca Figueras G, Azagra Ledesma R, Abado Ríos L, Figuerola García M, Vaquero Cruzado J, Fernández García S
CAP Sant Llätzer. (CST). Terrassa; EAP Badia del Vallès (ICS); Universitat Autònoma de Barcelona; USR MN-Idiap Jordi Gol; ABS El Castell (Castelldefels). Terrassa, Badia del Vallès, Castelldefels. Cataluña
Correo electrónico: groca@movistar.es

//// ID 164

Osteoporosis posmenopáusica. ¿Prevención primaria o medicalización excesiva?
Mendoza Edroso C, Sánchez Garrido-Lestache N
CS Aranbizkarra II. Vitoria. País Vasco
Correo electrónico: concha.mendozaedroso@osakidetza.net

//// ID 179

Osteoporosis en mujeres mayores de 50 años en Atención Primaria. Adecuación a las recomendaciones de las guías de práctica clínica
De la Torre Bonal Y, Guzmán Boronat L, Lorca González M
CS Vistalegre-La Flota. Murcia. Murcia
Correo electrónico: recrisaleo@hotmail.com

//// ID 222

El paciente artrósico en una zona de salud envejecida. Estudio descriptivo
López de La Iglesia J, Fernández Cordero S, Álvarez-Franco Cañas F, Rodríguez Garrote A, García Andrés L, Prieto Martínez L
CS Condesa; CS José Aguado II; CS de Cistierna; CS Virgen de La Concha; CS Valencia de Don Juan. León, Cistierna, Zamora, Valencia de Don Juan. Castilla y León
Correo electrónico: jaimedelai@hotmail.com

//// ID 256

¿Todos los tratamientos para la osteoporosis están bien prescritos?

Ollé Mitjans M, Arcusa Villacampa N, Llano Izquierdo M, Alcalá San Martín I, Badani Prado H, Concha González P

ABS Florida Sud. L'Hospitalet de Llobregat. Cataluña
 Correo electrónico: miriamllano@hotmail.com

//// ID 445

Tratar o no tratar en osteoporosis. ¿Qué nos recomiendan las guías?

Sanfélix-Genovés J, Catalá-López F, Sanfélix-Gimeno G, Hurtado Navarro I, Baixauli Pérez C, Peiró Moreno S

Centro Superior de Investigación en Salud Pública (Csisp). Valencia; Fundación de Investigación del Hospital Clínico Universitario-Instituto de Investigación Sanitaria Incliva. Valencia; División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia, Agencia E. Valencia. Comunidad Valenciana
 Correo electrónico: hurtado_isa@gva.es

//// ID 453

Recomendaciones en la solicitud de las densitometrías: ¿nos ponemos de acuerdo?

Sanfélix-Genovés J, Sanfélix-Gimeno G, Hurtado Navarro I, Baixauli Pérez C, Peiró Moreno S, Dreyer Vázquez M

Centro Superior de Investigación en Salud Pública (Csisp). Valencia; Fundación de Investigación del Hospital Clínico Universitario-Instituto de Investigación Sanitaria Incliva. Valencia. Comunidad Valenciana
 Correo electrónico: hurtado_isa@gva.es

//// ID 494

Osteoporosis y fractura de cadera: ¿dos enfermedades que van de la mano?

Coderch Arís M, Reyes Reyes C, Serrano Pons H, Vázquez G, Bottaro Parra D, Fernández Valverde D

EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña
 Correo electrónico: creyes@eapsardenya.cat

//// ID 563

Prevalencia del dolor crónico generalizado, calidad de vida y factores de riesgo cardiovascular
 Morales Espinoza E, Cararach Salami D, Adriyanov Kostov B, Sebastián Montal L, Ramos Casals M, Sisó Almirall A

CAP Les Corts; CAP Comte Borrell; CAP Casanova (Capse); unidad de Investigación Capsa; Institut d'investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (Idibaps); Universitat de Barcelona. Barcelona. Cataluña
 Correo electrónico: asiso@clinic.ub.es

//// ID 585

Estudio sobre la adecuación de los suplementos de calcio en pacientes con osteoporosis u osteopenia

Hoyo Sánchez J, Bonet Salinas T, Font Sala A, Llambés Morera A, Besa Castellà M, Vidal Solsona M

EAP Numància. Barcelona. Cataluña
 Correo electrónico: jordihoyo@yahoo.es

//// ID 652

Osteoporosis: tratamiento farmacológico en Atención Primaria frente a hospitalaria

Sánchez Vicente S, Agreda Ruano A, Merino Rodríguez E, Porcel Ruiz J, Corbacho Cambero I, Marín Sánchez L

CS Garrido Sur; CS Miguel Armijo; CS Castro Prieto; CS Alamedilla; CS San Juan. Salamanca. Castilla y León
 Correo electrónico: silviasv5@gmail.com

//// ID 478

Impacto de la alerta de farmacovigilancia con relación a la duración del tratamiento con bifosfonatos

Bimboni Madruga M, Madrideo Mora R, Arroyo Cardona E, Hernández Resa R, Barrientos N

CAP Sant Cugat del Valles. Sant Cugat. Cataluña
 Correo electrónico: bimbonimariana@yahoo.com.ar

SESIÓN PÓSTER 4. SALUD MENTAL / OTROS / MISCELÁNEA

Jueves, 14 de junio / 17.30-19.30 h
 Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
 Planta -2 / Sala A3.3

Salud mental / Burnout

//// ID 31

Prevalencia del síndrome del *burn-out* y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales de Atención Primaria de Navarra
 Navarro González D, Ayechu Díaz A, Huarte Labiano I, Díaz Marcos I

CS San Jorge. Pamplona. Navarra
 Correo electrónico: davidsilos@hotmail.com

//// ID 94

Evaluación de las estrategias terapéuticas en el manejo del trastorno depresivo mayor y sus costes ante una respuesta subóptima al tratamiento antidepressivo inicial en Atención Primaria

Sicras-Mainar A, Mauriño J, Cordero L, Blanca-Tamayo M, Navarro-Artieda R

Badalona. Cataluña
 Correo electrónico: jorgealejandro.maurino@astrazeneca.com

//// ID 95

Retos metodológicos en la evaluación de la evidencia de intervenciones complejas: a propósito de una revisión sistemática de modelos de colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental en la atención a la depresión

Calderón Gómez C, Mosquera Metcalfe I, Balagué Gea L, Retolaza Balsategui A, Zallo Atxutegi E

CS de Alza-Donostia. Osakidetza-SVS; UIAP de Gipuzkoa. Osakidetza-SVS; CS de Iztieta-Renteria. Osakidetza-SVS; Unidad de Gestión Clínica. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-SVS; Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-S. Donostia-San Sebastián. País Vasco
 Correo electrónico: ccalderong@telefonica.net

//// ID 249

La crisis económica aumenta el número de personas en tratamiento antidepressivo
Elorza Ricart J, Fina Avilés F, Hermosilla Pérez E, Uriona Tuma S, Prieto Alhambra D, Medina Peralta M

Sistema d'informació per al desenvolupament de la investigació en Atenció Primària (sidiap). Institut Català de La Salut. Idiap Jordi Gol. Barcelona. Catalunya

Correo electrónico: jmelorza@idiapjgol.info

//// ID 325

Trastornos neuropsiquiátricos en pacientes con hipotiroidismo subclínico
Díaz Rodríguez L

CS El Cristo. Oviedo. Asturias

Correo electrónico: dravid@hotmail.com

//// ID 268

Proyecto piloto para la mejora del abordaje integrado en Euskadi a pacientes con depresión
Artaza Aristondo N, Gabilondo Cuellar A, Sagarzazu Goenaga J, Ayarzaguená Sarriugart J, Jubeto Ruiz B, Revilla Isasi N

O+berri. Instituto Vasco de Innovación Sanitaria; Red de Salud Mental de Gipuzkoa; Organización Sanitaria Integrada Alto Deba; Comarca Bilbao. Sondika, Donosti-San Sebastián, Oñati, Bilbao. País Vasco

Correo electrónico: artaza@bioef.org

Otros / Miscelánea

//// ID 156

Punch-biopsia en Atención Primaria, posible y eficiente
Pérez-Crespo Gómez C, Botías Martínez C, Navarro Sánchez S, Huertas López F, Flores Álvarez A, Llorca Defior M

CS de San Anton. Cartagena. Murcia

Correo electrónico: carmenpcg@gmail.com

//// ID 476

Material promocional en las consultas de un centro de salud
Pérez Esquivel B, Oliva Fanlo B, Maldonado N, Gadea Ruiz C, Boronat Moreiro J, Molero Alfonso C

CS Calvià. Calvià. Illes Balears

Correo electrónico: bolivaf@gmail.com

//// ID 543

El fondo de saco de la cirugía menor en Atención Primaria: beneficio o agravio
El Haddad G, Toba Fernández A, Ballesteros Pérez A, Pérez Maroto M, Jiménez Ramírez C

CS Los Dolores-Cartagena. Los Dolores-Cartagena. Murcia

Correo electrónico: anamballesteros@hotmail.com

//// ID 631

¿Por qué cambian de médico nuestros pacientes?

Espinosa Santana A, González Saavedra M, Altaba Barceló A, Boada Valmaseda A, González Osuna A, Sáenz Serrano C

CS Maragall; ABS Baix Guinardó. Barcelona. Catalunya

Correo electrónico: 27467mgs@comb.es

//// ID 81

Desarrollando un programa específico formativo en medicina rural para jóvenes médicos de familia

Banqué Vidiella J, Gómez Bravo R

ICS-CAP Baix Ebre-Tortosa; Hospital Universitario La Paz-Madrid. Tortosa. Madrid. Catalunya

Correo electrónico: jbanquev@meditex.es

//// ID 137

Desarrollo de una experiencia de entorno laboral saludable en un servicio hospitalario de Medicina Familiar y Comunitaria: investigación-acción

Discacciati V, Guenzelovich T, Terrasa S, Luciani L

Hospital Italiano. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Otros

Correo electrónico: vilda.discacciati@gmail.com

Violencia doméstica

//// ID 62

Asistencia urgente por violencia de género en un área básica de salud

Bernad Suárez J, Vázquez Duran A, Santamaría Colomer C, Criville Mauricio S, Bernad Marín L, Claver Portillo P

CAP Dr. Masriera. Vilassar de Mar. Catalunya

Correo electrónico: jesusbernadsuarez@camfic.org

//// ID 91

Tender puentes en la violencia de género
María Tablado M, Martín González M, Montejo Martínez C, Palomar Saiz S

Consultorio local Perales de Tajuña. Perales de Tajuña.

Comunidad de Madrid

Correo electrónico: docencialosfresnos@hotmail.com

Alcohol y drogadicción

//// ID 238

Ingresos en un servicio de Urgencias hospitalarias por consumo de tóxicos

Fernández Quintero M, Galán Galán E, Estella Á, Arroyo Talavera V

CS San Benito y Hospital del Sas de Jerez. Jerez de La Frontera. Andalucía

Correo electrónico: estercita_83@hotmail.com

SESIÓN PÓSTER 5. MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES

Viernes, 15 de junio / 09.30-11.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jaureguia.
Planta -2 / Sala A3.3

Cáncer

//// ID 49

Inercia diagnóstica en el cáncer colorrectal

Domínguez Ayala M, Díez Vallejo J, Comas Fuentes A

CS Otero. Oviedo. Asturias

Correo electrónico: angel.comas@sespa.princast.es

//// ID 404

Queratosis seborreica o...
 Figueroa Carrasco G, Retuerta García M,
 Millán Catalán M, Jiménez del Val M, Sánchez Sanz N
 CS Cervantes. Guadalajara. Castilla-La Mancha
 Correo electrónico: gloriafc79@hotmail.com

//// ID 410

Supervivencia del cáncer de esófago
 Rodríguez Camacho E, López Calviño B,
 Pita Fernández S, Seoane Pillado T, Pértega Díaz S
 Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña. Galicia
 Correo electrónico: beatriz.lopez.calvino@sergas.es

//// ID 435

Situación funcional, calidad de vida y calidad
 percibida del cuidado en pacientes con cáncer
 de colon y recto
 Gago García E, López Calviño B, Pértega Díaz S,
 Seoane Pillado T, Tilve Álvarez C, Pita Fernández S
 Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario
 Universitario A Coruña. A Coruña. Galicia
 Correo electrónico: beatriz.lopez.calvino@sergas.es

Enfermedad renal**//// ID 205**

Enfermedad renal crónica, diabetes mellitus tipo 2
 y metformina
 Vernet M, Pérez Díaz C, Pérez Campos L,
 Torne Coll M, Pou Potau M, Jurado Serrano J
 Centros de Atención Primaria del Consorcio Sanitario de Terrassa.
 Terrassa, Rubí, Mata depera, Castellbisbal. Cataluña
 Correo electrónico: cristinapedi@hotmail.com

//// ID 212

Enfermedad renal crónica en Atención Primaria
 Rodríguez Pascual M, Ruipérez Guijarro L,
 Ferré González A, Soler Vila M, Velasco Carrera M,
 Tovillas Moran F
 EAP Viladecans 2; EAP St. Vicenç dels Horts; EAP Gavà 2; EAP
 Esparreguera; EAP Martí Julià. Viladecans. Viladecans, Sant Vicenç dels
 Horts, Gavà, Esparreguera. Cataluña
 Correo electrónico: 39709mrp@comb.cat

//// ID 715

¿Aporta ventajas la nueva clasificación de la
 enfermedad renal crónica?
 Tranche Iparraguirre S, Rodríguez Pastore I, Miguélez
 Morán K, Marín Iranzo R, Ortega Suárez F, Suárez A
 CS El Cristo, Otero, Ventanielles, Pola de Siero, Grado, Centro Médico
 de Oviedo y Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias
 Correo electrónico: stranchei@gmail.com

Enfermedades infecciosas**//// ID 98**

Antigenurias en neumonía adquirida en la comunidad
 García de Cortázar Mejías E, Vico Martínez F, Casado
 Pardo J, Leco Gil N, Tenajas Cobo R, Jiménez Alcudia R
 CS Francia. Hospital Universitario de Fuenlabrada. UDM de Atención
 Primaria Oeste. Madrid. Comunidad de Madrid
 Correo electrónico: pakivm@hotmail.com

//// ID 207

Concentraciones de proteína C reactiva en las
 infecciones del tracto respiratorio
 Bayona Faro C, Mallafre Gay M, Soto Díaz E,
 Álvarez Luy M, Moragas Moreno A, Llor C
 CS Valls Urbà; CS Jaume I. Valls y Tarragona. Cataluña
 Correo electrónico: cbayona.tarte.ics@gencat.cat

//// ID 440

Sensibilidad microbiana a los antibióticos más usados
 en infecciones de orina en Atención Primaria: ¿una
 realidad cambiante?
 Segura Roca À, Vistos Faja A, Pirretas Faus L, Díaz
 Gallego F, Rivas Zuazo S, Maragall de Gispert C
 CAP Larrard. Barcelona. Cataluña
 Correo electrónico: agiadamita@hotmail.com

EPOC y enfermedades respiratorias**//// ID 311**

Calidad del diagnóstico y la adecuación del tratamiento
 en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva
 crónica (EPOC)
 Ferrer Royo M, Miralles Remigio R, Masoliver Forés À,
 Aicart Bort M, Monedero Mira M, Romero Atanes J
 CS Rafalafena. UD MFyC. Castellón. Comunidad Valenciana
 Correo electrónico: marferro@hotmail.com

//// ID 373

Programa paciente experto en enfermedad pulmonar
 obstructiva crónica: ¿cuál es su impacto?
 Moliner Molins C, Campama Tutusaus I, Amil Buján P,
 Figuerola García M, Fernández García S, Vaquero Cruzado J
 CS El Castell. Castelldefels. Cataluña
 Correo electrónico: cmoliner@ambicp.catsalut.net

//// ID 470

Eficacia de un *software* para la mejora de la calidad de
 las espirometrías en Atención Primaria
 Pou M, Giner J, Solanes I, Valero C, Bolívar I, Llauger M
 EAP Encants (ICS); Hospital de La Santa Creu i Sant Pau; SAP Dreta
 (ICS). Barcelona. Cataluña
 Correo electrónico: marianpou@gmail.com

//// ID 509

Estudio FREAP: rendimiento de un programa de
 fisioterapia respiratoria estandarizado para Atención
 Primaria
 Inglés Novell M, Martín Luján F, Maya Martín A, Jové
 Monné J, Isern Yeste C, Piñol Moreso J
 Grupo Estudio de Patología del Aparato Respiratorio en Atención
 Primaria (Gepar). Idiap Jordi Gol. Tarragona. Cataluña
 Correo electrónico: fmartin@camfic.org

Urgencias**//// ID 335**

Perfil y manejo del paciente pediátrico en Atención
 Primaria: profesionales de Urgencias de Atención
 Primaria versus pediatras
 Bolet Galindo R, Valencia Alvarado A, Aguilar Oñate N,
 Tibos F
 Ugc Uccu Las Lagunas; Ugc CS La Cala-Mijas Pueblo (Mijas Costa).
 Málaga. Andalucía
 Correo electrónico: sunvalenal@gmail.com

Viernes, 15 de junio / 12.00-14.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A3.3

Docencia (Experiencias docentes)

//// ID 252

El reto de la responsabilidad progresiva del residente de Medicina Familiar y Comunitaria
Villafáfila Ferrero R, Vilert Garrofa E, Arroyo E, Fuentes M, García Bernal G, Pedrol M
Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Cataluña. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: rvillafáfila.cp.ics@gencat.cat

//// ID 669

Implementación de actividades comunitarias en la formación de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria
Oyarzabal Arocena M, Crespo Mateos A, Quintana Cereza J, Pérez Ortiz C
UD Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Alicante. Alicante. Comunidad Valenciana
Correo electrónico: crespo_anamat@gva.es

//// ID 709

Opinión de los estudiantes de Medicina sobre la docencia universitaria de los médicos de familia
González Saavedra M, Llauger Rosselló A, Garaikoetxea Iturriria A, Bosch Fontcuberta J, Fuentes Pérez M, Mundet Tudurí X
CS Maragall; ABS El Carmel. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: 27467mgs@comb.es

Gestión, atención y calidad asistencial

//// ID 51

Cómo optimizar las interconsultas a Traumatología
Pérez Gortari M, Ugartondo Ruiz de Arbuló M, Méndez Gil R, Arroyo Morales R, López López O
CS de Sansomendi. Vitoria. País Vasco
Correo electrónico: gortarilopezegui@telefonica.net

//// ID 85

Cirugía menor en Atención Primaria: usuarios satisfechos
Fraga Fraga A, Díaz Gallego P
CAP Larrard. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: antia.fraga@hotmail.com

//// ID 378

Correo electrónico: herramienta de consulta con el especialista
Picas Jufresa A, Pinyol Martínez M, Mauri Vázquez V, Benito Serrano L, Sitjar Martínez de Sas S, Anguita Guimet A
CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: apicas@clinic.ub.es

//// ID 406

Impacto de la citación por internet en el incumplimiento de la cita previa
Pedrera Carbonell V, Alarcón Pérez-Mateo R, Sillero López E, Schwarz Chavarri G, Prieto Erades I
CS San Blas. Alicante. Comunidad Valenciana
Correo electrónico: vpedrera@gmail.com

//// ID 491

Análisis del impacto de un programa de mejora del autoanálisis en sangre capilar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2
Muñoz Pena A, Rayo Martín E, Soteras Prat A, Tarín Pico V, Aumala Aguilera A, Moral Peláez I
EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: 20456amp@comb.cat

//// ID 507

Burocracia en Atención Primaria: asignatura pendiente
Almendro Candel M, González Santos J, Alemañ Rubio M
CS El Toscar. Elche. Comunidad Valenciana
Correo electrónico: almendro_mar@gva.es

//// ID 517

Impacto de la supresión del *feedback* sistemático a los profesionales, de un indicador de proceso clínico en el ámbito de la Atención Primaria. Ensayo clínico aleatorizado no enmascarado
Méndez Boo L, Coma Redon E, Hermsilla Pérez E, Medina Peralta M
ICS. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: lmendezboo@gencat.cat

//// ID 640

El «pastillero» de las medicinas: ¿pieza clave en el nivel de salud de los pacientes crónicos?
Ballesteros Pérez A, Rodríguez Aguiar M, Nieto I, Tobal Fernández A, Hernández Ocaña I, Gracia Tirado A
CS Los Dolores-Cartagena. Cartagena. Murcia
Correo electrónico: anamballesteros@hotmail.com

//// ID 678

Calidad de vida profesional de los trabajadores de un área de salud de Atención Primaria
Lema Bartolomé J, Salcedo Aguilar F, Bona García J, García Navalón P, de la Torre García R, Bonilla Sánchez M
GAP de Cuenca. Cuenca. Castilla-La Mancha
Correo electrónico: jlema@sescam.jccm.es

//// ID 168

Un sitio para cada cosa y cada cosa en su sitio
Ríos Calderón V, Esplugas Muñoz N, Bentué Ferré M, Lecumberri C, Chumacero L, Mateescu D
ABS Maria Bernades-Viladecans 2. Viladecans-Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: vianeth36@hotmail.com

//// ID 297

Circuito rápido desde Atención Primaria a especializada para el diagnóstico precoz de cáncer
Martínez Martínez M, Tarazona Llaveró N, Chirivella González I, Saiz R, Sanmartín A, Lluch Hernández A
Hospital Clínico Universitario de Valencia; CS de Alboraya; CS de Meliana. Valencia. Comunidad Valenciana
Correo electrónico: chirivella_isa@gva.es

//// ID 446

Comunicación *on-line* médico-paciente: analíticas
Casasa Plana A, Monteserin Nadal R, Sellarès Sallas J,
Pérez Masip M, Pitarch Salgado M
EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: acasasa@eapsardenya.cat

//// ID 459

Proyectos de intervención de enfermería en un equipo
de gestión autónoma en Atención Primaria
De Andrés Beuter B, López Poyato M, Serrat Asensio L,
González Nartéiz S, Sitjar Martínez de Sas S,
Vidiella Pinyol I
CAP Las Corts. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: deandres@clinic.ub.es

Medicamentos / Medicina alternativa

//// ID 109

Actitudes de médicos y estudiantes de Medicina hacia
las terapias alternativas: ¿también las utilizan?
Gómez Gascón T, Cervera Barba E, Lucena Marotta F,
Fuentes Ferrer M, Fernández Pérez C
*CS Guayaba, Madrid; UD de AFyC Madrid Noroeste; Servicio de
Medicina Interna, Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares;
U. de Gestión Clínica de Medicina Preventiva, Instituto de Investigación
Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Comunidad de
Madrid*
Correo electrónico: ecervera.gapm07@salud.madrid.org

//// ID 424

Indicaciones de uso de los inhibidores de la bomba de
protones (IBP) en una gerencia de Atención Primaria
Obreo Pintos J, Prieto de Lamo G, García Fuentes M,
Díaz Sánchez F, Mendoza Petite A, Álvarez Fernaud P
GAP. Ávila. Castilla y León
Correo electrónico: jobreo@saludcastillayleon.es

Vacunas

//// ID 647

Coberturas de vacunación y estratos de riesgo para la
infección neumocócica en la población infantil de
Tarragona
Vila Corcoles A, Hospital Guardiola I, Gutiérrez Pérez A,
de Diego Cabanes C, Vila Rovira A, Uriz Solá T
Gerencia Territorial Camp de Tarragona. ICS. Tarragona. Cataluña
Correo electrónico: oochoa.tarte.ics@gencat.cat

COMUNICACIÓN SIN DEFENSA

Proyectos de investigación

//// ID 13

Aceptabilidad y factibilidad de la búsqueda
oportunistas de pacientes con la infección por VIH
en los centros de Atención Primaria del Sistema
Nacional de Salud
Aguado Taberne C, Pérula de Torres L, Fransi Galiana L,
Mascort Roca J, Ruíz Moral R, Parras Rejano J
UD MFyC de Córdoba/CS Santa Rosa (Córdoba). Córdoba. Andalucía
Correo electrónico: cristinaaguadotaberne@gmail.com

//// ID 56

Modificación de la actitud y los conocimientos
de los estudiantes de quinto y sexto de
Medicina después de las prácticas de
Atención Primaria
Gayarre Aguado R, Viñas Cabrera L,
Llauger Roselló M, Fuentes Camps E,
De la Poza Abad M, Orfila Pernas F
*Universitat Autònoma de Barcelona; Universitat de Barcelona;
Unidad de Soporte a Investigación del ámbito de Atención Primaria
de Barcelona; EAP Encants; EAP Pare Claret; EAP Poble Nou;
EAP Carles Ribes. Barcelona. Cataluña*
Correo electrónico: rgayarre@gencat.cat

//// ID 96

¿Aumenta la efectividad del consejo antitabaco
con la realización de una espirometría y la
determinación de la cooximetría?
González García I, Marina Ortega M,
Rodríguez Álvarez M, Vilavella Lizana C,
Rotllant Estelrich G, Subías Lorén P
CAP Canet de Mar. Canet de Mar. Cataluña
Correo electrónico: victoria.marina@gmail.com

//// ID 113

Efecto sobre la glucemia capilar posprandial
en adultos sanos del estevósido oral frente
a sacarina: ensayo clínico aleatorizado y cruzado
Apiñaniz Fernandez de Larrinoa A,
Miranda Serrano E, Gárate Echenique L,
Cobos Campos R
*CS Lakuabizkarr, Unidad De Investigacion Hospital Universitario
De Alava. Osakidetza-Svs. Vitoria-Gasteiz. País Vasco*
soinulari@gmail.com

//// ID 146

Inercia terapéutica en el uso de antidepresivos
Ruiz Peña M, Madueño Caro A,
González Amaya S, Ocaña Rodríguez D,
Alvarado Tato A, Sánchez Guerrero J
Los Barrios, La Laguna, Algeciras Norte. Cádiz. Andalucía
Correo electrónico: dr.manuel.ruiz@gmail.com

//// ID 149

Efectividad de un programa de telemedicina
en el seguimiento y control de pacientes
con síndrome metabólico en el ámbito
de Atención Primaria
López-Torres Hidalgo J, Andrés Pretel F,
Rabanales Sotos J, Párraga Martínez I,
Navarro Bravo B, Simarro Herráez M
*CS Universitario Zona IV de Albacete. Albacete.
Castilla-La Mancha*
Correo electrónico: jesu1@sescam.org

//// ID 155

Desarrollo de scripts en residencias
de Medicina Familiar y Comunitaria
Arceo M, Durante E, Brailovsky C
*Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires.
Argentina*
Correo electrónico: dolores.arceo@hospitalitaliano.org.ar

//// ID 185

Incidencia de arteriopatía periférica y relación con factores de riesgo cardiovascular y morbimortalidad cardiovascular a los cinco años de seguimiento de la cohorte poblacional ARTPER

Alzamora M, Fores R, Sorribes M, Baena-Díez J, Pera G, Toran P

ABS Riu Nord-Riu Sud Sta. Coloma de Gramenet; ABS Numància; ABS La Marina; Usr. Metropolitana Nord. Barcelona.

Cataluña

Correo electrónico: rfores.bnm.ics@gencat.cat

//// ID 194

Utilidad del retinógrafo no midriático en la detección de isquemia cerebral silente

Girona Marcé A, Forés Raurell R, Altaba Barceló A, Fernández Pérez J, Manresa Domínguez J, Torán Montserrat P

Usr Metropolitana Nord; ABS Riu Nord-Riu Sud; ABS Sant Roc;

ABS Gatassa. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: agironamarce@gmail.com

//// ID 230

E-RECS: ensayo clínico aleatorizado para evaluar la efectividad de los recordatorios electrónicos clínicos sincrónicos dirigidos a profesionales de Atención Primaria

Medina Peralta M, Coma Redón E, Méndez Boo L, Calero Muñoz S, Iglesias Rodal M, Olmos Domínguez C

Sisap. Institut Català de La Salut. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: mmedinap@gencat.cat

//// ID 240

Conocer si la evaluación de la prescripción de las pacientes en tratamiento con bifosfonatos desde hace más de cinco años es correcta

Herreros Herreros Y, Hoyo Sánchez J, Blanch Mon A, Hernández Ibáñez R, González Tejón S, Domínguez Palicio N

EAP Numància; EAP La Marina; EAP Raval Sud; EAP Larrard;

Assir Barcelona. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: yolandaherreros@gmail.com

//// ID 248

Percepción, riesgo de infección y serología de VIH en Atención Primaria (estudio GIB-RISK)

Baza Bueno M, López García E, López Garcarena I, Gómez de Segura Etxebarria E, Odiaga Andikoetxea A, Garay Landa J

Basauri-Kareaga. Otxarkoaga. San Ignacio. Basauri. Bilbao.

País Vasco

Correo electrónico: mikelbaza@hotmail.com

//// ID 262

Eficacia de una intervención educativa desarrollada en Atención Primaria sobre asmáticos adultos

Fernández Gregorio A, Cano Fuentes G, Dastis Bendala C, Manzanares Torné M, Morales Barroso I, Martín Romana L

CS Pino Montano A y Pino Montano B. Sevilla. Andalucía

Correo electrónico: andresfernandezgregorio@gmail.com

//// ID 275

¿Es efectivo el triaje en unidades asistenciales para mejorar la eficiencia de la Atención Primaria de salud?

González Santisteban R, González Cortés M, García Asensio M, Galarraga Maeso M, Paino Ortuzar M, Esparta Echebarria C

Comarca Interior de Osakidetza-Consultorio de Respalditza.

Respalditza. País Vasco

Correo electrónico: marquesdeaiara@gmail.com

//// ID 284

Programa de colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental: evaluación en el tiempo

Morera Llorca M, Romeu Climent J, Ribera Osca J, Folch Marín B, Vidal Rubio S, Vivas Maiques C

Hospital de La Ribera y centros de salud del Departamento de Salud La Ribera (Valencia). Alzira. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: miquelmoreralorca2@gmail.com

//// ID 285

Relación de patologías mentales con las interrupciones voluntarias del embarazo en seis zonas básicas de salud

Ortiz Puertas T, López Muñoz C, Serrano Peña I

CS de Belén y San Roque; CS Federico del Castillo;

CS Virgen de La Capilla. Jaén. Andalucía

Correo electrónico: t.ortiz@hotmail.es

//// ID 288

Efectividad del tratamiento antibiótico en las infecciones del tracto urinario con recuentos bajos de uropatógenos

Moragas Moreno A, Bjerrum L, Llor C, Møller N, Nielsen A

CS Jaume I y Dinamarca. Tarragona. Cataluña

Correo electrónico: amoragasm@meditex.es

//// ID 315

Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en una comarca rural de Andalucía

Peralta Ortiz F, Segura Vicente P, García Aparicio J, Rojas Mesa J, Galindo Pelayo J, González Fernández F

Ugc Río Nacimiento. CS Abta. Abta (Almería). Andalucía

Correo electrónico: jmgaparicio@gmail.com

//// ID 317

El Centre d'Atenció Primària (CAP) te salva (talleres educativos sobre signos/síntomas de alarma vital para administrativos sanitarios en un CAP)

Panades Zafra R, Alpáñez Abanades S, Montero Montero M, Toledano Miquel M, Farré Casart M, Estrada Pujol V

ABS de Capellades. Capellades. Cataluña

Correo electrónico: robert_panades@hotmail.com

//// ID 324

Fractura de cadera en el anciano frágil en riesgo: un reto de la prevención

Morales Rueda A, Cuenca Morillo M, Valencia Alvarado A, Ruiz Santiago J, Tibos F, Guerrero González M

Ugc CS Las Lagunas; Ugc Uccu Las Lagunas;

Ugc La Cala/Mijas Pueblo; Mijas Costa. Málaga. Andalucía

Correo electrónico: sunvalenal@gmail.com

//// ID 331

Instrumento para la valoración teórica de los conocimientos sobre entrevista clínica y perfil comunicacional en estudiantes de medicina: validación de un cuestionario
 Ferreira Padilla G, Ferrández Antón T, Baleriola Júlvez J
Universidad Católica San Vicente Mártir. Valencia. Comunidad Valenciana
 Correo electrónico: g.ferreirapadilla@hotmail.com

//// ID 339

Estado nutricional de pacientes ancianos, con úlceras por presión, en una zona básica de salud
 González Amaya S, Sánchez Rodríguez M, Laserna Rodríguez N, Ocaña Rodríguez J, Ruiz Peña M, Alvarado Tato A
CS Algeciras Norte, Los Barrios, Bellavista. Algeciras. Andalucía
 Correo electrónico: sebas_ga@yahoo.es

//// ID 343

Efectividad de una intervención con seguimiento por correo electrónico sobre el abandono sostenido del tabaquismo (proyecto Tabatic). Un ensayo clínico aleatorizado controlado multicéntrico
 Díaz Gete L, Martín Cantera C, Clemente Jiménez L, Fernández Maestre S, Briones Carrió E, Puigdomènech Puig E
CAP La Sagrera; CAP Sant Joan; CS Santo Grial. Barcelona. Cataluña
 Correo electrónico: lauradige@hotmail.com

//// ID 352

Efectos del cambio de apariencia de los medicamentos en la seguridad de los tratamientos antihipertensivos e hipolipemiantes en pacientes crónicos mayores de 65 años en Atención Primaria. Estudio Cambimed
 Arancon Monge J, De Castro Cuenca A, Serrano Vázquez A, Campos Díaz L, Díaz Eraso M,
CS Paracuellos de Jarama; CS Jaime Vera; CS Avenida de Aragón; CS El Puerto; CS Fronteras; CS Barajas; CS Las Matas; CS Benita de Ávila. Paracuellos de Jarama. Comunidad de Madrid
 Correo electrónico: arancon.mario@gmail.com

//// ID 362

Efectividad de una intervención de cuidados enfermeros en la calidad de vida de las personas mayores que desempeñan el rol de cuidador principal. Ensayo clínico aleatorizado por conglomerados. Proyecto cuidacare
 Rico Blázquez M, Escortell Mayor E, García Sanz P, Rivera Álvarez A, Domínguez Pérez L,
Unidad de Apoyo a la Investigación. GAP. Servicio Madrileño de la Salud y Dirección Asistencial Este. Madrid. Comunidad de Madrid
 Correo electrónico: milagros.rico@salud.madrid.org

//// ID 369

Adaptación y validación al español del cuestionario Aid to capacity evaluation para la valoración de la competencia del paciente en la toma de decisiones médicas
 Moraleda Barba S, Ballesta Rodríguez I, Delgado Quero A, Lietor Villajos N, Moreno Corredor A, Medina de La Casa R
Ugc Belén (Jaén); Ugc Federico del Castillo (Jaén); Ugc Otorrinolaringología de Jaén. Jaén. Andalucía
 Correo electrónico: smoraleda71@gmail.com

//// ID 390

Análisis del manejo de las urgencias cardiológicas isquémicas en Atención Primaria según las recomendaciones del grupo ARIAM
 Casanova Alberola G, Clar Puig C, Colomina Subiela L, Juan Ortega J, Soler Torró J, Salgueiro Ruiz J
CS Tavernes de La Vallidigna. Tavernes de La Vallidigna. Comunidad Valenciana
 Correo electrónico: crclar060n@cv.gva.es

//// ID 391

Estudio sobre embarazo en adolescentes que acuden a la consulta de la mujer/pediatría al centro de salud
 Abdel-Lah Mohamed M, López Torres G, Hernández de la Blanca MM, González Fábregas A, Torres Duque M
CS Cartuja; CS Almanjáyar. Granada. Andalucía
 Correo electrónico: mecetti@hotmail.com

//// ID 403

Percepción de los agentes del sistema sanitario acerca de la influencia del marketing farmacéutico en la prescripción médica
 Fernández Gregorio A, Padilla Bernáldez J, Píriz López E
Centros de salud docentes ligados a la UD de MFyC de Sevilla. Sevilla. Andalucía
 Correo electrónico: andresfernandezgregorio@gmail.com

//// ID 415

Estudio de la prescripción-indicación de los inhibidores de la bomba de protones en una gerencia de Atención Primaria
 Prieto de Lamo G, Obreo Pintos J, López Lozano F, Sánchez Alonso R, Mensoza Petite A, Arconada Pérez A
GAP. Ávila. Castilla y León
 Correo electrónico: jobreo@saludcastillayleon.es

//// ID 423

Estudio del síndrome de isquiosurales cortos (SIC) en escolares y su mejoría con ejercicios de estiramiento muscular
 Gómez García C, Sánchez Andújar L, Ramos López S, Comesaña López M, Albadaejo Monreal D, Hidalgo García I
CS Vistalegre-La Flota. Murcia. Murcia
 Correo electrónico: claragomezgarcia@hotmail.com

//// ID 428

Ensayo clínico aleatorizado que compara la eficacia del apósito de espuma de poliuretano frente al apósito hidrocoloide en la tasa de curación de las úlceras de presión de grado II
 Guillén Solà M, Soler Mieras A, Hernández Yeste M, Tomás Vidal A, Adrover Rigo M, Pata C
Centros de salud-GAP Mallorca; Dirección General de Salud Pública; Caiber Hospital Son Espases. Palma de Mallorca. Illes Balears
 Correo electrónico: mesteva@ibsalut.caib.es

//// ID 451

Proyecto caminos: de la soledad a la participación

Coll-Planas L, Gómez G, Capel López M, Masat Tico T, Menero Buldó L, Soterias Prat A
Institut de l'envelliment de la Universitat Autònoma de Barcelona; CAP Sardenya; CAP Sant Martí de Provençals; CAP Cardedeu; Serveis Socials de Cardedeu. Barcelona. Catalunya
 Correo electrónico: laura.coll@uab.cat

//// ID 455

Intervención grupal en pacientes con migraña Aguirrezábal Bazterrica I, Goicoechea Uriarte A, Pérez de San Román Ruiz de Munain M, Rodríguez Jiménez M

CS San Martín. Vitoria-Gasteiz. País Vasco
 Correo electrónico: inakiaguirrezabal@gmail.com

//// ID 474

Estudio de eficiencia de la determinación de hemoglobina glicosilada en sangre capilar frente a sangre venosa

Hernández Ibáñez M, Subirana García P, Villanueva Santamaría E, Solf Moran E, Coiduras Charles A, Carrés Esteve L
CAP-La Marina; CAP-El Carmel; CAP-Sant Andreu; CAP-Sant Martí. Barcelona. Catalunya
 Correo electrónico: rohernandez61@gmail.com

//// ID 479

Evaluación y optimización del tratamiento de la osteoporosis en Atención Primaria por medio de un modelo basado en redes neuronales Fernández Vázquez J, Fernández Cordero S, Pérez Crespo F, Sánchez Lasheras F, De Cos Juez F

Ribera de Órbigo. Benavides de Órbigo. Castilla y León
 Correo electrónico: sufdez@hotmail.com

//// ID 486

Efecto del paracetamol efervescente sobre la presión arterial. Ensayo clínico aleatorizado Benítez-Camps M, Vinyoles-Bargalló E, Camps-Vilà L, Rebagliato-Nadal O, De la Figuera Von Wichmann M, Bayó-Llibre J

CAP Gòtic; CAP La Mina; CAP Manresa-2; CAP Sant Andreu; CAP Sardenya; CAP El Clot. Barcelona; Barcelona, Manresa. Catalunya
 Correo electrónico: 32211mbc@comb.cat

//// ID 488

Ensayo clínico aleatorizado y multicéntrico para evaluar la eficacia de una estrategia motivacional contra el tabaquismo basada en los resultados de la espirometría realizada en Atención Primaria Estudio Reset

Martín Luján F, Piñol Moreso J, Martín Vergara N, Crispi Cifuentes S, Fernández Pagés Y, Bladé Creixenti J
Grupo Estudio de Patología del Aparato Respiratorio en Atención Primaria (Gepar); Idiap Jordi Gol.Tarragona. Catalunya
 Correo electrónico: fmartin@camfic.org

//// ID 511

Riesgo cardiovascular en sujetos con diabetes tipo 2 (DM2) de reciente diagnóstico: grosor de íntima media (GIMC) y presencia de placa carotídea (PC) como discriminador de riesgo cardiovascular al diagnóstico y tras el tratamiento de la enfermedad

Catalán Adell M, Ortega Martínez de Victoria E, Herreras Pérez Z, Gilabert Solé R, Vila Sala A
CAP Casanova; CAP Borrell; Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. Catalunya
 Correo electrónico: catalan@clinic.ub.es

//// ID 513

Mejorando en el abordaje del cólico nefrítico Ceraín-Herrero M, Martorell-Solé E, Pedro-Pijoan A, De Miguel N, Benítez-Camps M

CAP Can Vidalet; CAP Besós; CAP Sagrada Família; CAP Gòtic. Esplugues, Barcelona. Catalunya
 Correo electrónico: 32211mbc@comb.cat

//// ID 533

Nuevas estrategias para el control del VIH: implantación de una unidad de cuidado compartido (UCC) de pacientes con infección por VIH entre Atención Primaria y hospitalaria

Menacho Pascual I, Sequeira Aymar E, Cayuelas Redondo L, Clusa Gironella T, Fernández González E, León García A
Hospital Clínic de Barcelona; CAP Les Corts; CAP Borrell; CAP Casanova; CAP Raval Sud. Barcelona. Catalunya
 Correo electrónico: imenacho@clinic.ub.es

//// ID 540

Tratamiento antibiótico empírico de la neumonía adquirida en la comunidad en Atención Primaria: adecuación a las evidencias disponibles (estudio Atenas) Molero García J, Becerril Rojas B, Rodríguez Fernández M, Gómez García M, López Alcalde J, Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaMFYC)

CS San Andrés; UAT-Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad; CS San Fermín; CS Mirasierra; CS Virgen de Begoña. Madrid. Comunidad de Madrid
 Correo electrónico: barrientoslois@yahoo.es

//// ID 546

Enfermedad tromboembólica venosa, una mirada amplia

Iglesias Rodríguez I, Cortés Espejo R, Arbesú González B, García Tirado M, Manso del Caño J, Vides Batanero M
UD. Granada. Andalucía
 Correo electrónico: ropo84@hotmail.com

//// ID 547

Efectividad de una estrategia educativa para implementar guías de práctica clínica en residentes de Medicina Familiar y Comunitaria: proyecto e-educagüa

Del Cura González I, Sanz Cuesta T, Martín Fernández J, Rodríguez Barrientos R, Polentinos Castro E, A
Unidad de Apoyo a la Investigación GAP Madrid. Madrid. Comunidad de Madrid
 Correo electrónico: mcurag@yahoo.es

//// ID 550

Ciclos cortos frente a prolongados del mismo antibiótico para el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad

Redondo Sánchez J, López Alcalde J, Muñoz Gutiérrez J, Marín Cañada J, Vila Méndez M,

Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SoMaMFYC)

CS Ramón y Cajal; Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS)-Agencia Laín Entralgo; CS Buenos Aires; CS Villarejo de Salvanes; Madrid. Comunidad de Madrid
Correo electrónico: barrientoslois@yahoo.es

//// ID 627

Facilitadores y barreras para disminuir el tiempo de sedestación en personas con sobrepeso y obesidad moderada: estudio cualitativo en Atención Primaria

Martínez Ramos E, Martín-Borràs C, Rodríguez Arjona D, Sola Gonfaus M, Gallart Soterias O, Martín Cantera C

ABS Vilanova 1. Vilanova i La Geltrú. Cataluña
Correo electrónico: sedestactiv@gmail.com

//// ID 639

Gonartrosis: dolor y cambios de la presión atmosférica

Vidal Ruiz J, Miranda de Moraes Ribeiro R, Álvarez Satué J, Brunet Santamaría J

Consultorio de Aldover; ABS Tortosa-Oest; ABS Viladecans-1; consultorio de Santa Bàrbara; ABS Amposta; consultorio de La Galera; ABS Amposta. Tortosa, Viladecans. Cataluña
Correo electrónico: joanevidal55@gmail.com

//// ID 648

Evaluación de la validez diagnóstica de la teledermatología en un área de salud
Cabanas Pegito J, Lago Deibe F, Rodríguez B, Ucha Fernández J, Pérez Pérez L, Zulaica Gárate A

CS de Redondela/Servicio Dermatología de Vigo. Vigo. Galicia
Correo electrónico: jorgepegito@yahoo.es

//// ID 658

Cuidadores principales de pacientes con demencia; efecto de una intervención psicoeducativa y de apoyo

Jiménez Martínez A, Suberviola Collados V, Dreyer Vásquez M, Montejo Villa M, Oprisan A

CS Nazare . Valencia. Comunidad Valenciana
Correo electrónico: aveyana@hotmail.com

//// ID 668

Impacto de los factores clínicos, funcionales y sociales en el tiempo hasta el reingreso de los pacientes pluripatológicos

Coronado Vázquez V, Saavedra Bazaga O, Galbarro Muñoz J, Martínez García T, Merino Castro M, Ibáñez Camacho C

Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva. Huelva. Andalucía
Correo electrónico: mvcoronado@msn.com

//// ID 674

Factores socioeconómicos asociados a la mortalidad tras el alta hospitalaria en pacientes con pluripatología. Estudio de cohortes prospectivo

Coronado Vázquez V, Mateos Velo L, Membrillo Contioso E, Romero Bernal A, González Trujillo A, López Gómez J

Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva. Huelva. Andalucía
Correo electrónico: mvcoronado@msn.com

//// ID 680

Estudio de casos y controles sobre posibles factores de riesgo de accidente cerebrovascular en pacientes jóvenes

García Barreras M, Satué Gracia E, Martín Lorente A, Fuentes Bellido C, Darvari M, Vila Córcoles A

CAP La Granja-Torreforta. Tarragona. Cataluña
Correo electrónico: mtgarcia09@yahoo.es

//// ID 685

Actitudes de los profesionales de Atención Primaria de Mallorca ante el insomnio

Torrens Darder I, Lorente Montalvo P, Ortuño Daniel M, Guerra Lavarello J, Ortega Mac Kliff V, Maldonado N

CS Calvià. Calvià. Illes Balears
Correo electrónico: jiguerra@hotmail.com

//// ID 702

Derivaciones desde Atención Primaria a Urgencias hospitalaria

Herasme Felipe E, Rayos Belda B, Kobrik O, Ruiz Batista JS, Pinteá CM, Fermin Salcie FA

Hospital de La Vega Baja de Orihuela; CS Orihuela I; CS Almoradí. Orihuela. Comunidad Valenciana
Correo electrónico: estanilahf@gmail.com

//// ID 708

Adecuación de la prescripción crónica de inhibidores de la bomba de protones

Peña Lora D, Gutiérrez Ardaya P, Lilova Lilova G, Cubero González P, Garcés Ranz J, De la Cámara González C

CS General Ricardos, Centro Urbano. Madrid. Comunidad de Madrid
Correo electrónico: daipen07@yahoo.com

//// ID 722

Efectividad de información escrita entregada a usuarios

Mourelle Varela R, Martín Correa E, Molina Guasch C, Borrás Calvo A, Vila Soler M, Jarque Moyano M

ABS 4 Riu Nord Riu Sud. Santa Coloma de Gramenet. Cataluña
Correo electrónico: r.mourelle@gmail.com

//// ID 723

Intervención coordinada entre Cardiología y Atención Primaria para deshabituación tabáquica en pacientes con cardiopatía isquémica

Ferrer Ferrer A, Barcina Cuevas S, Gómez Arranz A, Gómez Cárcaba O, De la Torre Carpente M, Rollan Gómez M

CS Casa del Barco y Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. Castilla y León
Correo electrónico: carmenferal@gmail.com

Alcohol y drogadicción

//// ID 346

Consumo de alcohol en estudiantes de 13 a 19 años de una zona semirural
Torres Sala R, Serra Prat J, Flores Figueres P, Ubach Mas G, Solà Cornadó M, Font Ribera L
CAP Castellbell. ICS, Barcelona; Unitat de Suport a la Recerca de la Catalunya Central. Idiap Jordi Gol, Barcelona. Castellbell i El Vilar. Catalunya
Correo electrónico: rosamariator@gmail.com

//// ID 394

Evolución del consumo perjudicial de alcohol y los factores de riesgo acompañantes (2007-2010)
Jiménez Pulido I, Pérez Milena A, Álvarez Nieto C, Mesa Gallardo M, Leal Helmling F, Martínez Fernández M
CS El Valle. Jaén. Andalucía
Correo electrónico: idoiajp@yahoo.es

Anticoagulación / Antiagregación

//// ID 143

Pacientes anticoagulados con INR fuera de rango... No siempre son las interacciones medicamentosas
Velarde Mayol C, García Lynch Y, del Cañizo Fernández-Roldán J, Barrios Retana G, de La Hoz García B, Delgado Pérez E
CS Segovia 1. Segovia. Castilla y León
Correo electrónico: cvelardemayol@yahoo.es

//// ID 224

Diferencias entre pacientes anticoagulados urbanos y rurales
Bartolomé Resano R, Bartolomé Resano T, Pascual Pascual P, Bartolomé Resano F
CS Rochapea; CS Falces; CS Azpilagaña; CS Villava. Pamplona. Navarra
Correo electrónico: rbarolomer@telefonica.net

//// ID 301

Control del tratamiento anticoagulante en el domicilio: utilidad de la escala HABSLED para estimar el riesgo/beneficio
López Mompo C, Tajada Vitales C, López Pavón I, Reina Rodríguez M, Molinos Carrasco C, Burgueño Portugal P
ABS Can Mariner; Sap Metropolitana Nord. Santa Coloma de Gramenet. Catalunya
Correo electrónico: clopezm.bnm.ics@gencat.cat

//// ID 307

Manejo de los anticoagulantes en un centro de Atención Primaria
Rodríguez Pascual M, Ruipérez Guijarro L, Delgado López C, Mateos Mora E, Llenas Pradas I, Cano Parra I
EAP Viladecans-2 Maria Bernades. Viladecans. Catalunya
Correo electrónico: 39709mrp@comb.cat

//// ID 553

Sintrom: ¿qué saben nuestros pacientes?
Moreno Granada R, Fernández Valdivieso E, Orteu Domínguez L
ABS 2 Barri Llatí. Santa Coloma de Gramenet. Catalunya
Correo electrónico: elenafvaldi@gmail.com

Atención a la mujer / Embarazo

//// ID 39

Población inmigrante: evaluación del perfil de la paciente que solicita interrupción voluntaria del embarazo
Albendín García L, López Torres G, Hernández Carmona A, Osorio Martos C, Lorenzo Hernández M, Maldonado Pérez P
CS Casería de Montijo y Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) (Granada); CS Cartuja y DCCU (Granada); CS Baeza (Baeza, Jaén); CS La Chana (Granada); Hospital Motril y DCCU. Granada y Jaén. Andalucía
Correo electrónico: ginelop@yahoo.es

//// ID 77

Perfil serológico de las gestantes de nuestra población
Martínez Mondéjar E, Díaz Echevarría Y, Rubira López D, Esteve Franco M, Martínez Jiménez E, Lucas Marín J
CS Cieza-Oeste. Cieza. Murcia
Correo electrónico: domingojrubira@gmail.com

//// ID 78

¿Existen diferencias entre las gestantes nacionales y las extranjeras en nuestra población?
Rubira López D, Martínez Mondéjar E, Díaz Echevarría Y, Egea Lucas I, Roldán González C, Gómez Castaño J
CS Cieza-Oeste. Cieza. Murcia
Correo electrónico: domingojrubira@gmail.com

//// ID 232

Curso mujer y climaterio: ¿aporta conocimientos a las mujeres asistentes?
Lázaro Gómez M, Brotons Román J, Prieto Sánchez J, García Rosa I, Vidal Martínez M, Martínez Berenguer L
CS Murcia-Infante. Murcia. Murcia
Correo electrónico: lagomajo@hotmail.com

//// ID 329

«Temps de dones» intercambiando habilidades y aprendiendo a compartir
Moreno Girao M, Romera Punzano M, Martínez Martínez M, Arolas Pou M
ABS La Roca del Vallès. La Roca del Vallès. Catalunya
Correo electrónico: 24728mmg@comb.cat

//// ID 483

Las inversiones en Atención Primaria: perspectivas para la reducción de la mortalidad materna e infantil
Fonseca Escalda P, Maria Campos H, Mesaque Martins A, Da Fonseca M, Meireles Barbosa L, Módena C
Universidade de Brasília/Unb-Faculdade de Ceilândia. Brasília. Otros
Correo electrónico: patescalda@yahoo.com.br

//// ID 506

Factores de riesgo y factores protectores frente a la infección por VPH

Castuera Esteban M, Valle Vicente F, Rosauero Peral C

CS San Antonio (Nuevo Cáceres). Cáceres. Extremadura
Correo electrónico: meryyomisma@hotmail.com

//// ID 572

Prevalencia del virus del papiloma humano en un centro de salud urbano

Beteta Gorriti A, Ramírez Castro V, Muriel Díaz P, Marcos Rodríguez M, Juanes Amores M, Espinosa-Saldaña Pando J

Miguel Armijo. Salamanca. Castilla y León
Correo electrónico: martamarcosrodriguez@hotmail.com

//// ID 604

Intervención grupal en pacientes con fibromialgia en Atención Primaria realizada por enfermería.

De Moreta Folch M, Alaminos Gámiz A, Morales S, Gómez Vila G, Méndez Salmerón C, Bonet Simó J

CAP Barberà. Barberà del Vallès. Cataluña
Correo electrónico: mpmoreta@aticzendo.com

//// ID 688

Perfil de la usuaria del programa de detección precoz de cáncer de cérvix

Cuenca Morillo M, Valencia Alvarado A, Morales Rueda A, Guerrero González M, Gilsanz Aguilera N

Ugc Uccu Las Lagunas; Ugc Las Lagunas; Ugc La Cala/Mijas Pueblo, Mijas Costa. Málaga. Andalucía
Correo electrónico: sunvalenal@gmail.com

Atención al adolescente

//// ID 53

Si no quieres un sofocón, utiliza el condón

Segura Quirante A, Rosado Vilches J, Bernal Arranz M, Alemán Manzano J, Cela Alcaraz C, Ojados Hernández C

CS de Santa María de Gracia. Murcia. Murcia
Correo electrónico: anukasegura@hotmail.com

//// ID 73

YouTube: día mundial contra el VIH en un instituto de educación secundaria

María Tablado M, Martín González M, Anta Fariza A, Montejo Martínez C, Palomar Saiz S

Consultorio local Perales de Tajuña. Perales de Tajuña. Madrid
Correo electrónico: docencialosfresnos@hotmail.com

//// ID 330

Actitudes y conductas relacionadas con la sexualidad en estudiantes de 15 a 19 años de una zona semirural

Torres Sala R, Serra Prat J, Torra Escarrer E, Ubach Mas G, Castelar Codina A, Font Ribera L

CAP Castellbell. ICS, Barcelona; Unitat de Suport a la Recerca de la Catalunya Central. Idiap Jordi Gol. Barcelona. Castellbell i El Vilar. Cataluña
Correo electrónico: rosamariator@gmail.com

//// ID 340

Conductas de riesgo relacionadas con el tráfico entre estudiantes de secundaria de un área rural

Font Ribera L, Serra Prat J, Garrido Ruiz J, Flores Figueres P, Torra Escarrer E, Torres Sala R

Unitat de Suport a la Recerca de la Catalunya Central. Idiap Jordi Gol, Barcelona; CAP Castellbell. ICS, Barcelona. Castellbell i El Vilar. Cataluña
Correo electrónico: rosamariator@gmail.com

//// ID 477

Calidad de alimentación y trastornos alimentarios en adolescentes. Resultados preliminares.

Reish Agisnaga L, Santofimio Cerquera A, Massons Cirera J, Montella N, Aita V, Bernal S

CAP 7 Ronda Prim, Mataró. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: reishliliana@yahoo.es

//// ID 508

¿Los adolescentes comen bien?

Reish Agisnaga L, Santofimio Cerquera A, Aita V, Massons Cirera J, Limón E, Valdivia I

CAP Mataró 7. Mataró. Cataluña
Correo electrónico: reishliliana@yahoo.es

//// ID 615

Aprendiendo desde el anonimato

Martos Guardeso R, Quesada Carrasco P, Pérez Luna M, Girón Prieto M, Abril Garrido A, Quesada Jiménez F

CS de Cartuja. Granada. Andalucía
Correo electrónico: pilucaqc@hotmail.com

Atención al anciano

//// ID 169

Atención Primaria de pacientes ingresados en un hospital de crónicos

Gago León M, Herrera Bernal M, Estella Á

Hospital General de Jerez de la Frontera; CS La Granja. Jerez de la Frontera. Andalucía
Correo electrónico: alma_mhb@hotmail.com

//// ID 265

Caminar es salud: intervención de salud comunitaria compartida entre la Atención Primaria y un centro cultural de ancianos

Florensa Rex G, Blat Guimerà E, Muntalà Roca M, Armas Acosta A, Fortes Bordas M, Sitjar Martínez de Sas S

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: florensa@clinic.ub.es

//// ID 287

Caidas y perfil de riesgo en pacientes mayores de 65 años

Baquerizo Gallardo J, Melo Salor J, Curado Castaño R, Martín Fernández F, Sánchez Blanco J

UGC. Sevilla. Andalucía
Correo electrónico: nachobaque@hotmail.com

//// ID 328

Relación del consumo de fármacos con el riesgo de caídas en las personas mayores que viven en la comunidad
Saíz Llamosas J, González Rebollar T, Santamarta Solla N, Navarro Contreras S, Almonacid Canseco G, Casado Vicente V
CS de Parquesol. Valladolid. Castilla y León
Correo electrónico: tatianagonzalez83@hotmail.com

//// ID 619

¿Existe relación entre los trastornos de ánimo y las enfermedades crónicas en ancianos?
Peralta Vilellas B, Astorga Molina N, Santos González M, Díaz Sánchez A, Hernández Montoya G, Sangrós González F
CS Torrero La Paz. Zaragoza. Aragón
Correo electrónico: sangrosconte@telefonica.net

//// ID 654

Evaluación de la evolución nutricional de ancianos frágiles en Atención Primaria
Castillo Trillo B, Muñoz Cobos F, Soto Pérez A, Canalejo Echeverría A, Acero Guasch N, Cuenca del Moral R
CS El Palo. Málaga. Andalucía
Correo electrónico: bea_zirt@hotmail.com

Atención al cuidador

//// ID 54

Cuidate para cuidar: taller de cuidadores
Perelló Bratescu A, Alguer de la Torre M, del Pino Astorga C, Gisbert Niallet N, Paule González V, Cardoner Bastardes C
CAP Barceloneta. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: aperello@capbarceloneta.net

Cáncer

//// ID 80

Perfil de paciente con melanoma en la correspondiente región sanitaria del estudio
Coma Clotet N, Sánchez Pérez I
CAP Palafrugell. Palafrugell. Cataluña
Correo electrónico: ntasmania@hotmail.com

//// ID 458

Circuitos de diagnóstico rápido, una herramienta de coordinación imprescindible
Martínez Martínez N, Novillo Santos M, Margalef Pallarés F, Ríos Vallés L, Aguilera Pérez N, García Vera J
Hospital Lleuger de Cambrils. Cambrils. Cataluña
Correo electrónico: fmargalef@grupsgassa.com

//// ID 536

¿Llevamos una vida saludable en relación con el cáncer?
Cantero Gómez F, Benavente López A, Estany Almirall Y, Estrada Alcázar M, Torra Centellas P, Pérez Gutiérrez C
EAP Igualada Urbà. Igualada. Cataluña
Correo electrónico: fxcantero.cc.ics@gencat.cat

//// ID 609

¿Cómo afrontan la muerte los profesionales sanitarios?
Sánchez Candela S, Calle Cruz L, Bohorquez P, Fernández López A, Vaquero L, Sánchez A
Ugc Camas. Sevilla. Andalucía
Correo electrónico: luisfecallecruz@yahoo.es

Diabetes y síndrome metabólico

//// ID 3

Infradiagnóstico de la patología ocular del paciente diabético
Vernet Vernet M, Sender Palacios M, Asaad M, Simó Cruzet E, Carré Trias R, Sans Reig M
Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa (Barcelona). Cataluña
Correo electrónico: mjsender@cst.cat

//// ID 67

Alteraciones del metabolismo de la glucosa. Seguimiento a 10 años de una cohorte de población no diabética
Vernet Vernet M, Sender Palacios M, Larrosa Sáez P, Bautista Galí L, Pozo Momtolio M, León Méndez E
CAP Terrassa Nord. Terrassa. Cataluña
Correo electrónico: mvvernet@cst.cat

//// ID 116

La hiperuricemia se asocia a enfermedad cardiovascular y al síndrome metabólico
Cabré Vila J, Saumell Boronat J, Costa Pinel B, Piñol Moreso J, Ortega Vila Y, Basora Gallisà J
ABS Reus-1; ABS Reus-4; ABS Reus-2. Reus. Cataluña
Correo electrónico: jcabre.tarte.ics@gencat.cat

//// ID 127

Perfil de los pacientes diabéticos de una comarca: tratamiento, grado de control, medidas de autocontrol, complicaciones y utilización de recursos asistenciales
Pérez Oliveras M, Inoriza Belzunce J, Carreras Pijuan M, Cols Jiménez M, Sánchez Pérez I, Coderch de Lassaletta J
Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE). Palamós. Cataluña
Correo electrónico: mperez@ssibe.cat

//// ID 181

¿Afecta el síndrome metabólico de manera desigual a hombres y mujeres diabéticos?
Berná Guisado C, Vides Batanero M, Ramírez Robles R, Hernández Pérez de La Blanca M, Rébora Mariano T, Castro Gómez J
CS Almanjáyay. Granada. Andalucía
Correo electrónico: rakelr2@hotmail.com

//// ID 189

Paciente con hiperglucemia en un servicio de Urgencias hospitalarias
Ramírez Temblador M, Bitaubé Mata C, Estella García Á
Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Sas de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Andalucía
Correo electrónico: el_tembli@hotmail.com

//// ID 254

Trastorno mental severo: comparación entre pacientes diabéticos y no diabéticos

Soler Vila M, Carames Duran E, García Bayo I, Navas M, Gotthardt S, Bufnea C

ABS Bartomeu Fabres Anglada. Gavà. Cataluña

Correo electrónico: 26788igb@comb.cat

//// ID 327

Glicemia basal alterada aADA 2003: cambios a través del tiempo

Galván Salas A, Gabriel Escoda P, Elías Salcedo S, Obiols Fornell M, Velapatiño Castro T, Roura Olmedo P

CAP Badia del Vallès; EAP Vic Sud. Badia del Vallès. Cataluña

Correo electrónico: alex_alex19@hotmail.com

//// ID 351

Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y enfermedad cardiovascular establecida en una zona básica de salud rural

Fernández Cordero S, de la Mota Luna B, Portas Castellanos N, Fernández Vázquez J, Rodríguez Garrote A

Ribera de Órbigo. Benavides de Órbigo. Castilla y León

Correo electrónico: sufdez@hotmail.com

//// ID 561

Estudio de pacientes diabéticos en un centro de salud urbano

Marcos Rodríguez M, Beteta Gorriti A, Ramírez Castro V, Muriel Díaz P, Marín Sánchez L, Cabrera Marutz C

Miguel Armijo. Salamanca. Castilla y León

Correo electrónico: martamarcosrodriguez@hotmail.com

//// ID 720

Efectos del uso de exenatide en pacientes con diabetes mellitus 2

Londoño López A, Herrero Giménez I, Aragón Sala E, Quintana J, Mulet Pons M, Lezcano Devesa J

Hospital Marina Salud de Dénia/CS de Javea. Dénia/Javea.

Comunidad Valenciana

Correo electrónico: anavicky13@gmail.com

Digestivo

//// ID 621

Proyecto de mejora de la calidad: correcta prescripción de los inhibidores de la bomba de protones según criterios basados en la evidencia.

Samitier Lerendegui M, Fortit García J, Llorente González J, Navarro Tausiet P, Serrano Lamarca B, Martínez Ramírez C

CS San Pablo. Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: balbino458@gmail.com

Dislipemias / Nutrición / Obesidad

//// ID 400

La baja actividad física y el nivel educativo de los padres, principales factores en la obesidad infanto-juvenil

Laserna Rodríguez N, Oliva Moreno C, Porras Millán D, Ruiz Peña M, González Amaya S, Téllez Joya F

Ugc Algeciras Norte. Algeciras. Andalucía

Correo electrónico: naiaralr@hotmail.com

//// ID 574

Colesterol y riesgo cardiovascular: ¿seguimos las guías?

Anguera Cugat F, Ripoll Mairal M, Hernández Chafes F, Miracle Fandós M, Ateca Díaz J, Castillo Montañés E

EAP Sant Rafael-EAP Verdguer. ICS. Barcelona-Sant Joan Despí.

Cataluña

Correo electrónico: fanguera@gencat.cat

//// ID 607

Influencia de la situación reproductiva sobre la obesidad en mujeres de un área urbana

Zuñiga Quintero V, Ascensio Nieto R, Casado García E, Muñoz I, Moreno Ancillo A

Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de La Reina.

Castilla-La Mancha

Correo electrónico: a.morenoancillo@gmail.com

Docencia (Experiencias docentes)

//// ID 26

Experiencia docente en atención a pacientes en riesgo familiar: violencia de género

Manrique Medina R, Muñoz Ureña A, Fontcuberta Martínez J, Rodríguez Prats M, Pérez Aguilar F

UD Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria

Cartagena-Mar Menor. Cartagena. Murcia

Correo electrónico: ruthl.manrique@carm.es

//// ID 46

La producción científica como resultado de una actividad formativa

Fontcuberta Martínez J, Muñoz Ureña A, Manrique Medina R, Pérez Aguilar F

UD Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria

Cartagena-Mar Menor. Cartagena. Murcia

Correo electrónico: julio.fontcuberta@carm.es

//// ID 313

Experiencia docente en leishmaniasis a través de videoconferencia entre varios centros de salud afectados por un brote epidémico

Noguero Álvarez M, Rubio Benito E, Burgos Panero A, Cerezo Navarro M, Rodríguez Coronado V, Pastor Marcos L

CS Cuzco; CS Francia; CS El Naranjo; CS Panaderas;

CS Castilla La Nueva y Loranca. Fuenlabrada.

Comunidad de Madrid

Correo electrónico: marmoguero@wanadoo.es

//// ID 416

Creación y puesta en marcha de un protocolo docente para los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria durante las guardias en Atención Primaria

Carbó Queraltó A, García Muñoz M, Sierra Matheu C, Cabral Rivera S

EAP Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat (Barcelona).

Cataluña

Correo electrónico: sandradocent@gmail.com

//// ID 444

El residente-referente
 Carbó Queraltó A, Ruiz Gil E, Sinobad Rushllet S,
 Fernández Perea F, Salcedo Pujantel M,
 Pesantes Sangay E
*EAP Sant Ildefons de Cornellà. Cornellà de Llobregat,
 Barcelona. Cataluña*
 Correo electrónico: sandradocent@gmail.com

//// ID 616

Seguimiento de la formación e investigación en un
 equipo de Atención Primaria
 Gardeñes Morón M, Sans Corrales M, Barredo
 Hernández M, Campamà Tutusaus I, Barbera Viala J,
 Peguero Rodríguez E
*EAP El Castell (Castelldefels-1); Sap Delta del Llobregat; UD Costa de
 Ponent; Región Metropolitana Sur; ICS. Castelldefels. Cataluña*
 Correo electrónico: lgardenes@ambitcp.catsalut.net

//// ID 725

El taller de los viernes: habilidades prácticas para
 residentes
 Benito Badorrey B, Riera Armengol L,
 Cuní Munné M, Faenza V, Sánchez Fernández S,
 Castillo Sánchez M
ABS Raval Sud. Barcelona. Cataluña
 Correo electrónico: belenbenito@yahoo.es

//// ID 730

Mini Hippokrates: una mini experiencia docente
 Sarmiento Cruz M, De Pedro Pijoan A,
 Gómez Bravo R, Escobio Rodríguez P,
 Tarazona B, Hernández Santiago V
CS Santa Ponsa-Calvià. Calvià. Illes Balears
 Correo electrónico: msarmiento1979@hotmail.com

Enfermedad cardiovascular / Factores de riesgo cardiovascular

//// ID 18

Prevalencia de arteriopatía periférica en la consulta de
 Atención Primaria
 Hermosa García A, Losa Rodríguez G, Roca Navarro M,
 Jiménez Martínez A, Martínez Pastor N, Mora Rojo C
CS República Argentina. Valencia. Comunidad Valenciana
 Correo electrónico: guillermolr@comv.es

//// ID 141

Insuficiencia cardíaca en una unidad de soporte
 domiciliario
 Suárez Marinas A, Álvarez Cuadrado C,
 Álvarez Hernández M, Fernández González M,
 Fuentes Vigil J, Valdés Gómez C
PAC O Barco. Orense. Galicia
 Correo electrónico: abesumar@yahoo.es

//// ID 195

Dolor torácico no traumático en pacientes jóvenes:
 diferencias según el sexo
 Lozano del Valle R, Domínguez Sánchez P,
 Estella García Á
*CS San Benito; CS La Granja; Hospital de Jerez. Jerez de la Frontera.
 Andalucía*
 Correo electrónico: patricia_dominguezsanchez@hotmail.com

//// ID 197

Uso de nitroglicerina sublingual en pacientes con
 cardiopatía isquémica
 Ruiz Ruiz F, Cano Vázquez E, Leal Salido R,
 Maqueda Nadroma T, Corral Formoso J,
 Crespo Domínguez H
CS San Benito. Jerez de la Frontera. Andalucía
 Correo electrónico: javierrrz@yahoo.es

//// ID 379

Pericarditis en Atención Primaria
 De la Figuera Von Wichmann M, Aumala A, Cuixart L,
 Zamora S, González-Moreno M, Ibrahim K
EAP Sardenya; EAP Dreta de l'Eixample. Barcelona. Cataluña
 Correo electrónico: 14733mfw@comb.cat

//// ID 380

Adherencia a un programa de prescripción de ejercicio
 físico en pacientes con riesgo cardiovascular
 Pérez Valero I, Guillamón Candel R, Povzun P, Jiménez
 Martínez M, Verdú Nicolás R, Soler Torroja M
CS Profesor Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia
 Correo electrónico: valeroip@hotmail.com

//// ID 437

Implementación de las recomendaciones de las guías
 en el manejo de la insuficiencia cardíaca
 Aumala Aguilera A, Rayó Martín E, Bottaro Parra D,
 Muñoz Pena A, Fernández Valverde D, Moral Peláez I
EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña
 Correo electrónico: erayo@eapsardenya.cat

//// ID 441

Características de los pacientes con insuficiencia
 cardíaca de un centro de Atención Primaria
 Rayó Martín E, Aumala Aguilera A, Muñoz Pena A,
 Fernández Valverde D, Bottaro Parra D, Moral Peláez I
EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña
 Correo electrónico: erayo@eapsardenya.cat

//// ID 469

Ejercicio físico en pacientes con cardiopatía isquémica
 Salido Morales I, Castro Fernández C, Aguado Taberné C,
 Espejo Espejo J, Macías Corredera M, Cillero Rodríguez M
CS Santa Rosa. UD MFyC Córdoba. Córdoba. Andalucía
 Correo electrónico: isa1111984@hotmail.com

//// ID 481

Control de la presión arterial en población con riesgo
 cardiovascular alto
 Galinsoja Jordà A, Cano Romera A, Castan Ensenyat X,
 Suárez Hernández A, Mansilla Centenera S,
 Guardiola Martínez N
CAP Can Pastor. Barcelona. Cataluña
 Correo electrónico: acanoromera@gmail.com

//// ID 554

Prevalencia de disfunción endotelial y aterosclerosis
 subclínica en pacientes de bajo riesgo cardiovascular
 en una consulta de Atención Primaria
 Lafèbre S, Magro Checa C, Jareño Prades C, José Andrés L
*CS Cartuja, Granada; Servicio de Reumatología, Hospital Universitario
 San Cecilio, Granada. Granada. Andalucía*
 Correo electrónico: drmagrocheca@gmail.com

//// ID 571

Prevalencia del índice tobillo-brazo alterado en pacientes diabéticos en la consulta de Atención Primaria

Gallegos Juárez I, Ponce Samaniego Y, Sánchez Molla M, Miralles Gisbert S

CS del Raval. Elche. Comunidad Valenciana
Correo electrónico: ingridg74@yahoo.com

//// ID 589

La medicación antipsicótica como factor de riesgo cardiovascular

López Gómez L, Castillo M, Berges Raso I, Maza González U, Alonso D, Fábregas M

CS Raval Nord; CS Raval Sud; CS Gòtic. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: ursulamazag8@gmail.com

//// ID 601

Adecuación del tratamiento con estatinas en Atención Primaria

Cabrero Romero M, Moreno Montero I, González Lama J, Solís Cuesta J

CS Levante Norte. Córdoba. Andalucía
Correo electrónico: mariibel.cebrero@gmail.com

//// ID 606

¿Sabe usted cuál es su riesgo cardiovascular? Del Olmo Zamora R, Martín Herruzo A, Martín Herruzo S

Espinillo. Madrid. Madrid
Correo electrónico: robdelolmo@gmail.com

Enfermedad renal

//// ID 211

Enfermedad renal crónica ¿realizamos correctamente el registro diagnóstico en las consultas de Atención Primaria?

Ruipérez Guijarro L, Rodríguez Pascual M, Ferré Gonzalez A, Salvador González B, Cerain Herrero M, Verastegui Cordova J

EAP Viladecans-2, EAP St Vicens Horts, ABS Florida Sud, EAP Can Vidalet. Viladecans. Cataluña
Correo electrónico: 39708lrg@comb.cat

//// ID 283

Enfermedad renal crónica, ¿pensamos en ella? Coderch M, Reyes C, Aumala A, Serrano H, Bottaro D, Montserín R

EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: coderchmarta@gmail.com

Enfermedades infecciosas

//// ID 112

Los médicos de Atención Primaria ante el diagnóstico de la infección por VIH

Busto Martínez M, Cano Arana A, García San Miguel L, Castelao Naval M, Castro Casas O

CS Martín de Valediglesias; Hospital Universitario Ramón y Cajal; Universidad Europea de Madrid. Madrid. Madrid
Correo electrónico: mariajose.busto@uem.es

//// ID 347

Evolución del herpes zóster en la población adulta a raíz de la incorporación de la vacuna de la varicela en el calendario infantil

Díaz Rodríguez L, De Menezes Falcao A, Pérez González C

CS el Cristo, CS de Trubia y Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias
Correo electrónico: dralid@hotmail.com

//// ID 449

Infecciones urinarias por Escherichia coli productora de betalactamasas de espectro extendido, en Atención Primaria

Cano Romera A, Barceló Colomer E, López Plana A, Jarca C, Mantilla Malacas K, Cartanyà Fernández A

CAP Bon Pastor. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: acanoromera@gmail.com

//// ID 541

Diagnóstico precoz de VIH: estrategia opt-in frente a estrategia opt-out: ¿es rentable el cribado en la población general?

Menacho Pascual I, Muns Solé M, Barba Ávila O, Leal L, Pérez Medina I, García Alcaide F

Hospital Clínic de Barcelona; CAP Les Corts; CAP Borrell; CAP Casanova; CAP Raval Sud. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: imenacho@clinic.ub.es

//// ID 569

Toda fiebre del trópico es paludismo hasta que se demuestre lo contrario

Gancedo García A, Terán Álvarez L, Toyos Munárriz C

CS El Coto, Valdesoto y La Magdalena. Gijón, Oviedo y Avilés. Asturias
Correo electrónico: luckyteran@hotmail.com

//// ID 701

Epidemiología del herpes zoster en la Comunidad Valenciana utilizando bases de datos de Atención Primaria

Morant Talamante N, Alemán Sánchez S, Pérez Brevia L, Martínez Úbeda S, Puig Barberà J, Díez Domingo J

Centro Superior de Investigación en Salud Pública. Valencia. Comunidad Valenciana
Correo electrónico: morant_nur@gva.es

//// ID 711

Tuberculosis ganglionar, 20 años de experiencia: diferencias entre inmigrantes y autóctonos

Riera Armengol L, Faenza V, Cuní Munné M, Castillo Sánchez M, Sánchez Fernández S, García Pleyán S

CS Raval Sud. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: 9498jmg@comb.cat

EPOC y enfermedades respiratorias

//// ID 215

Mortalidad asociada a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Mateo Lázaro M, Sachís Yago B, Caballero Castro J, García López E, Hamza N, Plaza Bayo A

Hospital Obispo Polanco. Teruel. Aragón
Correo electrónico: mimateol@salud.aragon.es

//// ID 422

Prevalencia de EPOC en población general. 40 años: factores asociados y concordancia entre criterios diagnósticos

Pértega Díaz S, Pita Fernández S, Martínez Rodríguez A, García Alonso P, Seoane Pillado T, López Calviño B

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Universidad de A Coruña. A Coruña. Galicia
Correo electrónico: beatriz.lopez.calvino@sergas.es

//// ID 493

Mejorando el seguimiento de nuestros pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Molés Moliner E, Pérez García E, Pinyol Martínez M, González de Paz L, De Pedro Elvira B, García Fernández E

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: emoles@clinic.ub.es

//// ID 573

Efecto de los incentivos en la calidad asistencial del paciente con EPOC en un centro de Atención Primaria

Argemí Saburit N, Sánchez Sánchez-Crespo A, Juárez Cerezo E, Soria Castro A, Castillo Villegas D, Giner Donaire J

EAP Sagrera; Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; EAP Roquetes. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: sagrera31@yahoo.es

//// ID 719

Registro del hábito tabáquico en EPOC: una asignatura pendiente

Gilsanz Aguilera N, Valencia Alvarado A, Morales Rueda A, Cuenca Morillo M, Guerrero González M, Martín Reyes M

La Cala de Mijas. Mijas Costa. Málaga. Andalucía
Correo electrónico: nuriaga1980@hotmail.com

Gestión, atención y calidad asistencial**//// ID 16**

Calidad del trato a pacientes terminales desde Atención Primaria

Basterretxea Oyarzabal J, Odriozola Gojenola M

C S Markina. Markina. País Vasco

Correo electrónico: jason.basterretxeaoyarzabal@osakidetza.net

//// ID 52

Protocolo de revisión y mantenimiento del carro de paros en un centro de salud

Moreno Hernández I, Rodríguez Moreno R, Lozano López D, Martínez Ordinas M, Riera Escoda R

ABS Vilassar de Dalt-Cabrils. Vilassar de Dalt. Cataluña
Correo electrónico: imorenoh.bnm.ics@gencat.cat

//// ID 60

E-consulta: consulta virtual y frecuentación en Atención Primaria

Fàbregas Eскурriola M, Casajuana Brunet J, Lejardi Estévez Y, Camús Heras J, Botella Xanxo E, Mercadé Costa A

EAP La Marina; EAP Masllorenç i Rodonyà; EAP Premià de Mar; Sistemas de Información de Atención Primaria, Ámbito de Atención Primaria de Barcelona. Institut Català de la Salut. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: mireiafabregas@gmail.com

//// ID 66

La cirugía menor es dos veces buena en Atención Primaria

Díaz Gallego F, Fraga Fraga A, Santiveri Villuendas A, Prado C, Moreno Escriba S, Guarne Vidal E

CAP Larrard. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: fdiaz@caplarrard.net

//// ID 79

La derivación a Otorrinolaringología. ¿Nos coordinamos?

Agra Montava I, Marina Ortega M, Subías Lorén P, Blasco de La Fuente F, González García I, Calvo Martínez E

CAP de Canet de Mar. Canet de Mar. Cataluña
Correo electrónico: victoria.marina@gmail.com

//// ID 131

Gestión avanzada de residuos en un centro de salud

Villar del Campo M, Rodríguez Caravaca G,

Doria Carlin N, Villar del Campo P

CS Los Cármenes; Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. Madrid

Correo electrónico: grodriguez@fhalcon.es

//// ID 167

Los genéricos: diferencias de opinión y soluciones entre residentes y médicos de familia

Ballesteros Pérez A, Jiménez Ramírez C, Gracia Tirado A, Millán E, Martín Muñoz E, Martínez Martínez M

CS Los Dolores. Los Dolores-Cartagena. Murcia

Correo electrónico: anamballesteros@hotmail.com

//// ID 171

La consulta telefónica en Atención Primaria: un recurso que se ha de explorar

González Sáez A, Comerma Méndez A, Jacas Vidal M, Parals Suñé N, García Marco M,

Coderch Lassaletta J

ABS Torroella de Montgrí. Torroella de Montgrí. Cataluña

Correo electrónico: agonzalez@ssibe.cat

//// ID 272

Educación para la salud en twitter: intervención enfermera en las redes sociales

Fortes Bordas M, Fontanet Cornudella G

Coib. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: mfortes@clinic.ub.es

//// ID 273

¿Qué priorizan los profesionales para una buena coordinación entre niveles?

Allepuz Palau A, Gallardo Sánchez C, Perona Pagán M, Milozzi Berrocal J, Torne Cachot J, Vedia J

CAP Sant Joan-Vilanova1. Vilanova i La Geltrú. Cataluña

Correo electrónico: mperona@ambitcp.catsalut.net

//// ID 286

La incapacidad temporal en crisis

Serrano Pons H, Reyes Reyes C, Aumala Aguilera A, Fernández Valverde D, Galán Díez M,

Casasa Plana A

EAP Sardanya. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: hesepo2002@hotmail.com

//// ID 383

Plan de mejora de la calidad de la derivación a la atención especializada
 Pinyol Martínez M, Picas Jufresa A, Ventura Emanuel J, Anguita Guimet A, Sitjar Martínez de Sas S, Also Fontanet A
 CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña
 Correo electrónico: apicas@clinic.ub.es

//// ID 438

¿Existe correlación entre el estado de salud percibido y la morbilidad registrada?
 Parals Suñé N, Jacas Vidal M, Comerma Méndez A, González Sáez A, Inoriza Belzunce J
 ABS Torroella de Montgrí. Torroella de Montgrí. Cataluña
 Correo electrónico: nparals@ssibe.cat

//// ID 475

Nuevo modelo de autogestión profesional de un equipo de Atención Primaria
 Sitjar Martínez de Sas S, Ortiz Molina J, Sotoca Mombblona J, París Puigcerver L, Ballart López G, Anguita Guimet A
 CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña
 Correo electrónico: ssiijar@clinic.ub.es

//// ID 512

Diagnóstico por la imagen en patología tiroidea en Atención Primaria
 Gardeñes Morón M, Clemente Moya A, Castilla Barahona M, Figuerola García M, Fernández García S, Parellada Esquius N
 EAP El Castell. Castelldefels-1/Sdpi Castelldefels; Sap Delta del Llobregat; UD Costa de Ponent. ICS. Castelldefels. Cataluña
 Correo electrónico: lgardenes@ambitp.catsalut.net

//// ID 520

El regreso del paciente tras la interconsulta
 Pagá Casanova A, Balaguer Rodríguez J, Hernández Mañas J, Rabanaque Mallén G, Haya Guaita A, Gandia Moya M
 CS Segorbe; C. Auxiliar Altura; C. Auxiliar Geldo; C. Auxiliar Navajas; Auxiliar Algimia de Almonacid. Segorbe (Castellón). Comunidad Valenciana
 Correo electrónico: jesus.balaguer@hotmail.com

//// ID 537

¿Qué piensan los pacientes de la información del precio de los fármacos en la receta electrónica?
 Balaguer Rodríguez J, Pagá Casanova A, Hernández Mañas J, Rabanaque Mallén G, Domingo Orduña M, Vergara Pardo V
 CS Segorbe; C. Auxiliar Altura; C. Auxiliar Geldo; C. Auxiliar Navajas; C. Auxiliar Algimia de Almonacid. Segorbe (Castellón). Comunidad Valenciana
 Correo electrónico: jesus.balaguer@hotmail.com

//// ID 567

Integración de servicios sociales municipales en un equipo de Atención Primaria
 Forgas Massó C, Iglesias Pérez B, Milozzi Berrocal J, Rovira Borrell M, Serrano Ferrández E, de Villasante Fuentes M
 CAP Baix a Mar. Vilanova i La Geltrú. Cataluña
 Correo electrónico: 30106jmb@comb.cat

//// ID 588

Reducir el 10% el gasto de laboratorio
 Freixes Villaró E, Mestre Querol D, López Pérez E, Garrido Herrador R, Asin Soto J, Vallés Martínez M
 ABS El Pla. Sant Feliu de Llobregat. Cataluña
 Correo electrónico: hortetvirtual@mac.com

//// ID 603

Pacientes que no acuden a sus visitas.
 ¿A qué se debe?
 Sarlat Ribas M, Flor Escriche X, Fuentes Riaza M, Gaspar Lasanta A, Alguacil Nicolás I, Sala Bozano C
 CAP Consell de Cent-EAP Chafarinas. Barcelona. Cataluña
 Correo electrónico: sarlatribas@yahoo.es

//// ID 613

Documento de voluntades anticipadas:
 ¿quiénes lo formalizan?
 Serrat Asensio L, López Poyato M, De Andrés Beuter B, González Martínez S
 CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña
 Correo electrónico: serrat@clinic.ub.es

//// ID 626

Revisión ginecológica. Un análisis de los partes de interconsulta
 Muñoz González J, Fernández Moreno A, Romero Claver I, Ucar Corral E, Fernández de Cano Martín N, López Gómez C
 Hospital Universitario Santa Cristina. UD Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Centro. Dirección Asistencial Centro de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Madrid. Madrid
 Correo electrónico: afernandez.gapm11@salud.madrid.org

//// ID 690

Receta XXI: innovación en la consulta
 González Álvarez M, González Nevado M
 Ugc Santa Olalla del Cala. Distrito Sanitario Sevilla Norte. Santa Olalla del Cala. Andalucía
 Correo electrónico: mg-coca@hotmail.com

Hipertensión arterial

//// ID 292

Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) en un Centro de Salud. Características clínicas de 226 pacientes
 Méndez Guillamet J, Fe Pascual A, Tamborero Cao G, Miró Viamonte E, Sánchez Bueno V, Tamayo Gegundez A
 CS del Coll d'en Rebassa. GAP de Mallorca. Ib-Salu. Palma de Mallorca. Illes Balears
 Correo electrónico: gtamborero@terra.es

//// ID 433

Valorar la eficacia de un programa asistencial de apoyo al paciente hipertenso. Estudio alcanza
 Márquez Contreras E, Font B, Salazar J
 CS La Orden, Huelva; Novartis Farmacéutica SA, Barcelona. Huelva, Barcelona. Andalucía, Cataluña
 Correo electrónico: montse.armengol@hscro.com

Medicamentos / Medicina alternativa

//// ID 82

Análisis de la prescripción de opioides mayores en Asturias en el período 2003-2009

Menéndez García M, Fernández Rodríguez P, Cortes Velarde A, Fernández Tamargo F, Castaño Fernández E, Fuentes Vigil J

Área Sanitaria VIII. Asturias. Langreo. Asturias

Correo electrónico: margam@movistar.es

//// ID 147

Análisis de la prescripción de fentanilo transdérmico en un centro de salud

Cortes Velarde A, Fernández Rodríguez P, Menéndez García M, Fernández Tamargo F, Cortes Velarde M, Fuentes Vigil J

CS de La Felguera. Langreo. Asturias

Correo electrónico: anacortesv@hotmail.com

//// ID 355

Venta de antibióticos sin receta médica en farmacias independientes de Lima, Perú: aumento del nivel de resistencia bacteriana

Guillén M, Diez Tafur R, Trujillo Wurttele J, Loret de Mola C, Priale Zevallos C

CS Jaime Vera. Leganés. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: mgga411@hotmail.com

//// ID 482

Prevalencia de uso de medicinas complementarias y alternativas en Atención Primaria de Girona

Elhamshari Rebollo K, Duch Casanova M, Olivé Salinas E, Lladó Sidera A, Rodríguez G, Cordon Granados F

CAP Montilivi. Girona. Cataluña

Correo electrónico: kher1983@gmail.com

Medicina y medios de comunicación

//// ID 518

Consultas médicas e internet: nuevo escenario para realizar consultas

García F, Spina S

Consultas en Internet. Buenos Aires. Otros

Correo electrónico: silviaspina@gmail.com

//// ID 560

Redes sociales: el futuro de la comunicación con el usuario al alcance de un dedo

Crespo Palau J, Collado Cuco A, Morales Suárez E, Enri Fernández E, Esquius Rodríguez M, Espejo Vidal T

ABS Vandellós-L'Hospitalet. L'Hospitalet de l'infant. Cataluña

Correo electrónico: jmcrespo@comt.org

Neurología / cerebrovascular

//// ID 644

Mis piernas me quitan el sueño

Marco Aguado M, López Félez C, Clemente Jiménez S, Gargallo Gómez P, Guillén Lorente S, Pérez Trullén J

CS Actur Sur; CS Arrabal; Hospital Royo Villanova. Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: sguilorente@gmail.com

Osteoporosis / Aparato locomotor

//// ID 68

Incidencia de fracturas osteoporóticas en mayores de 50 años en una zona básica de salud-Atención

Primaria durante un período de 5 años
Llorca Defior M, Palacios Delgado R, Velazco Ramón H, Pérez-Crespo Gómez C, Flores Álvarez A, García Guerrero L

CS San Antón. Cartagena. Murcia

Correo electrónico: miryamllorca@gmail.com

//// ID 161

Tratamiento de la osteoporosis en un centro de salud: tipos de prescripción y cumplimiento terapéutico

Palacios Delgado R, Llorca Defior M, Velázquez Ramón H, Flores Álvarez A, Peña Doncel-Moriano J, Nuño Larosa Carrillo R

CS San Antón. Cartagena. Murcia

Correo electrónico: raquelipd@hotmail.com

//// ID 420

Definición e implantación de la vía clínica de osteoporosis

García Bernal G, Zapater Martín P, Clua Espuny J, Carot Domènech J, Cugat Gimeno M, Arasa Fava J

ABS Tortosa 1 est; ABS Terra Alta; Hospital Verge de La Cinta.

Tortosa. Cataluña

Correo electrónico: ggarcia.ebre.ics@gencat.cat

//// ID 487

Fracturas de cadera: ¿sabemos identificar a nuestros pacientes con riesgo?

Reyes Reyes C, Ferriz Villanueva G, Hoyo J, Feliz Florián M, Palacio S, Moral Peláez I

EAP Sardenya; EAP Vic Sud; EAP Sagrada Família;

CAP Les Corts; Capse (CAP Rosselló y CAP Casanova).

Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: creyes@eapsardenya.cat

//// ID 489

Asociación de los inhibidores de la bomba de protones con la fractura de cadera en un país del área mediterránea

Reyes Reyes C, Coderch Arís M, Rojas Blanc M, Hirashiki Arango C, Casanovas Font J, Brotons Cuixart C

EAP Sardenya; EAP Vic Sud; EAP Sagrada Família;

CAP Les Corts; Capse (CAP Rosselló y CAP Casanova).

Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: creyes@eapsardenya.cat

//// ID 661

Características clínicas y epidemiológicas de las mujeres con cáncer de mama y en tratamiento con inhibidores de la aromatasa que durante el período 2008-2010 presentaron fractura de cadera

Pacin-Cebral M, López-Silva L, Miguel-Carrera J, Varela-Ferreiro S, García-Porrúa C

UD de MFyC. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. Galicia

Correo electrónico: martapacincebral@yahoo.es

//// ID 666

Solicitud de densitometría para inicio y seguimiento del tratamiento de la osteoporosis
 Díez Martín N, Marcos Rodríguez M, Vicente Prieto P, de la Nava Calvo Y, Carrera García D, Faundez Mayo R
 CS Miguel Armijo; CS Garrido Sur; CS San Juan; CS Alamedilla. Salamanca. Castilla y León
 Correo electrónico: martamarcosrodriguez@hotmail.com

Otros / Miscelánea**//// ID 5**

El nuevo programa de la especialidad, ¿tú qué opinas?
 Fernández Rodríguez P, Maestro Resta A, Ordóñez del Val J, Iglesias de la Fuente E, Nasep de Muñiz S, Castaño Fernández O
 CS El Natahoyo, Contrueces y El Coto. Gijón. Asturias
 Correo electrónico: patriaramil@gmail.com

//// ID 36

Calidad y popularidad de las páginas web sanitarias
 Rubio Rodríguez L, Maldonado Fernández M, Díez Jarilla J
 Hospital Central de Asturias; Universidad de Oviedo; Instituto Nacional de Silicosis; Hospital Vital Álvarez-Buylla. Oviedo. Asturias
 Correo electrónico: laruro@hotmail.com

//// ID 45

Cirugía menor en un centro de salud urbano: evaluación de la calidad de los registros del consentimiento informados
 Ortiz Martín E, López Torres G, Rodríguez Delgado E, Albendín García L, Martín López I, Guerrero Briz M
 Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) (Granada); CS Cartuja y DCCU (Granada); Hospital Motril y DCCU (Granada); CS Casería de Montijo y DCCU (Granada); DCCU (Granada); DCCU (Granada). Granada. Andalucía
 Correo electrónico: ginelop@yahoo.es

//// ID 64

Reclamaciones escritas en Atención Primaria según sus estresores lingüísticos
 Piñana López A, Luquin Martínez R, Alonso García C, Cánovas Inglés A, Ros Martínez E, Guerrero Díaz B
 CS Virgen de la Caridad (Cartagena-Oeste y Cartagena-Este). Cartagena. Murcia
 Correo electrónico: alfonsoapl@aol.es

//// ID 70

Proyectos de Atención Primaria evaluados en un comité de ética
 María Tablado M, Montejo Martínez C, Palomar Saiz S
 Consultorio local Perales de Tajuña Madrid; CS Canillejas Madrid. Perales de Tajuña. Madrid
 Correo electrónico: docencialosfresnos@hotmail.com

//// ID 71

Resultados del estudio de la hiperferritinemia y concentración hepática de hierro en Atención Primaria
 Pérez Lucena M, Félez Brugues J, Muguruza Aguado J, Cabistañ Arbiol C, Dapena Barón C, Guiu Viaplana A
 CAP Serraparera-CAO Canaletes. Cerdanyola del Vallès. Cataluña
 Correo electrónico: cserraparera.ics@gencat.cat

//// ID 72

El síndrome de hiperferritinemia y cataratas congénitas en España: descripción de 7 nuevos casos
 Pérez Lucena M, Félez Brugues J, Altés A, Moran E, Cabistañ Arbiol C, Muguruza Aguado J
 CAP Canaletes-CAP Serraparera. Cerdanyola del Vallès. Cataluña
 Correo electrónico: cserraparera.ics@gencat.cat

//// ID 130

Diseño, implantación y evaluación de un plan de gestión medioambiental en un centro de salud
 Villar del Campo M, Rodríguez Caravaca G, Doria Carlín N, Villar del Campo P
 CS Los Cármenes; Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. Madrid
 Correo electrónico: ivdelcampo@yahoo.es

//// ID 139

Una experiencia de tres años facilitando talleres de autoconocimiento para el cambio y de crisis y duelos, en un centro de salud
 Morales Rueda A, Cardunets García D, Clemente Fernández S, Endevini Lagar E, Mencías Gutiérrez H
 CS Colmenar Viejo Norte. Colmenar Viejo. Comunidad de Madrid
 Correo electrónico: ameliamoralesrueda@hotmail.com

//// ID 140

Análisis de la investigación en cuidados paliativos desde Atención Primaria
 Fernández Rodríguez P, Cortés Velarde A, Menéndez García M, Fuentes Vigil J, Valdés Gómez C, González Castilla S
 CS de La Felguera. La Felguera. Asturias
 Correo electrónico: patriaramil@gmail.com

//// ID 166

Opinión a priori de los pregardo en medicina sobre la entrevista clínica
 Baleriola Júlvez J, Ferreira Padilla G, Ferrández Antón T, García Gollarte F
 CS de La Vall d'Uixo; Universidad Católica de Valencia San Vicente Ferrer. Valencia. Comunidad Valenciana
 Correo electrónico: baleriola_jos@gva.es

//// ID 176

Disfunción tiroidea: incidencia detectada en cinco años
 Pozo Montolío M, Bautista Galí L, León Méndez E, Larrosa Sáez P, Sender Palacios M, Vernet Vernet M
 CAP Terrassa Nord-Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa. Cataluña
 Correo electrónico: laiabauti@hotmail.com

//// ID 186

Dolor neuropático y su impacto en la calidad de vida
 Tejedor Varillas A, Giménez Basallote S, Grífol Ronda M, Oteo Álvaro Á, Sánchez Jiménez J, Tornero Molina J
 CS Las Ciudades (Getafe-Madrid); CS Limonar (Málaga); Dpto. Médico de Esteve (Barcelona); Servicio de Traumatología Hospital Gregorio Marañón (Madrid); CS Berja (Almería); Servicio de Reumatología Hospital General. Guadalajara. Madrid. Comunidad de Madrid
 Correo electrónico: egonzalezm@drugfarma.com

//// ID 190

Situación laboral en los pacientes con síndrome de fatiga crónica (SFC)

Faro Colomés M, Alegre Martín J, Ruiz Ruiz E, Aliste García L, Vernet Vernet M, Sáez Francas N
Hospital Vall d'Hebron; CAP Terrassa Nord. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: monica34174@gmail.com

//// ID 203

Análisis de la incapacidad temporal en un centro de salud en los últimos tres años

Pérez Durillo F, Macías Ortiz de Galisteo C, Manzano Guzmán A, Ribes Bautista A
CS San Felipe; CS De Bailén. Jaén. Andalucía
Correo electrónico: lacarmela85@hotmail.com

//// ID 236

Atención al viajero con patología crónica: ¿qué recomendamos en Atención Primaria?

Ortega Horrillo M, Wunderling Brüggemann P, Pérez Esquerdo M, Alonso Saratxaga E
CS Olaguibel; CS San Ignacio; CS Txurdinaga. Vitoria. Bilbao. País Vasco
Correo electrónico: rpesquerdo@gmail.com

//// ID 246

Primera semana de adherencia al tratamiento en una comarca de Atención Primaria

De Mingo Antón M, Calvente Miguel I, Fernández Sáez J, Ramoneda Errazquin A, Gabilondo Zelaia I
CS Abusu/La Peña Comarca Bilbao. Bilbao. País Vasco
Correo electrónico: itxasne.gabilondozelaia@osakidetza.net

//// ID 296

Elección de las plazas de Medicina de Familia en la oposición MIR de 2011

Ayuso Raya M, Escobar Rabadán F, López-Torres Hidalgo J, Montoya Fernández J, Tellez Lapeira J, Bonal Pitz P
SESCAM, SAS. Albacete y Sevilla. Castilla-La Mancha
Correo electrónico: candeyazu@hotmail.com

//// ID 306

Analizar la correlación entre la palpación y ecografía tiroidea en pacientes saharauis residentes en los campos de refugiados de Tindouf

Fernández Tamargo F, Bernardo Cofiño J, Sánchez Rubio N, Fernández Rodríguez P, Lema González M, Fuentes Vigil J
CS La Felguera. Langreo. Asturias
Correo electrónico: fer.tamargo@gmail.com

//// ID 332

Constelaciones familiares aplicadas a la mejora organizacional en un centro de salud

Aybar Zurita R, González Alvarado F, Arbesú González B, Cortés Espejo R, Luna Lora C, Marquis de La Aldea G
CS Albaycín Granada. Granada. Andalucía
Correo electrónico: roayzu@gmail.com

//// ID 348

¿Y tus neuronas? «Cuida la salud de tu mente»

Romera Punzano M, Moreno Girao M, Martínez Martínez M, Arolas Pou M
ABS La Roca del Vallès. La Roca del Vallès. Cataluña
Correo electrónico: 24728mmg@comb.cat

//// ID 417

Patología ortopédica del pie en una muestra aleatoria poblacional

Pita Fernández S, González Martín C, Seoane Pillado T, López Calviño B, Pértega Díaz S, García Cajide Y
Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; Universidad de A Coruña. A Coruña. Galicia
Correo electrónico: beatriz.lopez.calvino@sergas.es

//// ID 421

En busca del modelo «bueno, bonito y barato»

Condomines Feliu I, Gallego Álvarez L, Luque Mellado F, Rodríguez Riera C, Arques Pérez M, Oriach Alonso S
CAP Guineueta. SAP Muntanya. Àmbit de Barcelona Ciutat. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: lgallego.bcn.ics@gencat.cat

//// ID 462

La introducción de métodos facilitadores de registro de diagnósticos en la historia clínica informatizada aumenta el registro de las patologías

Elorza Ricart J, Méndez Boo L, Fina Avilés F
Sistema d'informació per al desenvolupament de la investigació en Atenció Primària (Sidiap). ICS. Idiap Jordi Gol. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: jmelorza@idiapjgol.info

//// ID 496

Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal en Atención Primaria

Narváez Ferri M, Cuevas Matos J, Feliu Portusach J, González Villanueva P, Romeo Felip C, Pérez Lucena M
EAP Serraparerera. Cerdanyola del Vallès. Cataluña
Correo electrónico: pnar@camfic.org

//// ID 499

Impacto de la fibromialgia (FM) en el síndrome de fatiga crónica (SFC)

Alegre Martín J, Faro Colomés M, Ruiz Ruiz E, Aliste L, Marquino A, Sáez N
Hospital Vall d'Hebron; CAP Terrassa Nord. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: monica34174@gmail.com

//// ID 562

Influencia de las creencias religiosas en el afrontamiento de la muerte de los profesionales sanitarios

Porrúa del Saz A, Calle Cruz L, Fernández López A, Sánchez C, Sánchez Jiménez A, Vaquero L
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. Andalucía
Correo electrónico: auxiliadorafernandez@gmail.com

//// ID 605

La importancia de las sesiones clínicas: brote de fiebre Q

Martín Benavides S, Pérez Ruiz C, Rodríguez Gómez S, Martínez Palacio FJ, Echebarria Altura A, Larrauri Aguirre M
UAP Arrigorriaga. Arrigorriaga. País Vasco
Correo electrónico: sumabega@yahoo.es

//// ID 617

Competencias de afrontamiento de la muerte de los profesionales sanitarios

Vaquero Villar L, Calle Cruz L, Fernández López A, Sánchez Jiménez A, Porrúa del Saz A, Sánchez Tomás C
CS de Sevilla. Sevilla. Andalucía
Correo electrónico: ana.porrúa.delsaz@gmail.com

//// ID 618

Competencias de afrontamiento de la muerte en los profesionales sanitarios según los diferentes niveles asistenciales y creencias religiosas
 Sánchez Jiménez A, Vaquero Villar L, Calle Cruz L, Fernández López A, Porrúa del Saz A, Sánchez Tomás C
 Centros de Salud de Sevilla. Sevilla. Andalucía
 Correo electrónico: amaliasanchez@hotmail.es

//// ID 643

Conservación de datos a largo plazo en ensayos clínicos
 Sastre Cantón M, Martínez Ubeda S, Díez Domingo J, Morant Talamante N, Pérez Breva L, Alemán Sánchez S
 Centro Superior de Investigación en Salud Pública. Valencia. Comunidad Valenciana
 Correo electrónico: sastre_mac@gva.es

//// ID 710

Peculiaridades de la piel negra
 Arias Amorín I, Carrodegua Santos L, Teijo Vázquez T
 CS Cambre; CS Elviña. A Coruña. Galicia
 Correo electrónico: arias.iria@gmail.com

Salud mental / Burnout

//// ID 251

Adecuación de la prescripción de tratamiento antidepresivo (TAD) en el centro de salud
 Amato C, David J, Ripol Revuelta A, Vicens Caldentey C, Grimalt Nadal R, Fiol Gelabert F
 CS Son Serra-La Vileta. Palma De Mallorca. Illes Balears
 Correo electrónico: davidjosemaria@gmail.com

//// ID 270

Incidencia de síndrome metabólico en una cohorte
 Ortega Vila Y, Cabré Vila J, Palacios Llamazares L, Piñol Moreso J, Garbajosa A, del Pozo Niubó A
 EAP Salou. Salou. Cataluña
 Correo electrónico: yortega.tarte.ics@gencat.cat

//// ID 334

Estructuración y actividades de un programa «enlace» de colaboración entre Atención Primaria y salud mental: cinco años de experiencia
 Romeu Climent J, Morera Llorca M, Vivas Maiques C, Vidal Rubio S, Ribera Osca J, Blasco Claros L
 CS Algemesi; CS Sueca; CS Alginet; CS Almussafes; CS Alzira.
 Algemesi, Sueca, Alginet, Almussafes, Alzira. Comunidad Valenciana
 Correo electrónico: crivivas@gmail.com

//// ID 386

Enfoque cualitativo del síndrome de desgaste profesional en Atención Primaria
 Bonet Ivars V, Buezo Reina I, Robert Boter N, Ródenas Aguilar J, Pérez Pérez M, Martín García J
 Badalona 6 (Llefià). Badalona, Barcelona. Cataluña
 Correo electrónico: ibureh@hotmail.com

//// ID 516

Estudio sobre el síndrome del desgaste profesional en Atención Primaria
 Bonet Ivars V, Buezo Reina I, Robert Boter N, Ródenas Aguilar J, Pérez Pérez M, Martín García J
 Badalona-6, Llefià. Badalona, Barcelona. Cataluña
 Correo electrónico: ibureh@hotmail.com

//// ID 534

Incapacidad laboral transitoria (ILT) en tiempo de crisis económica
 Boix Soriano I, Morell X, Catalán Adell M, Sequeira Aymar E
 CAP Casanova. Barcelona. Cataluña
 Correo electrónico: iboix@yahoo.com

//// ID 584

Salud mental y Atención Primaria: trabajo en equipo
 Olmos Pagés D, Fernández Valdivieso E, Moreno Granada R
 ABS 2 Barri Llatí. Santa Coloma de Gramenet. Cataluña
 Correo electrónico: elenafvaldi@gmail.com

//// ID 610

Nivel de burn-out en personal sanitario en tiempos de crisis
 Fraga Fraga A, Díaz Gallego P
 CAP Larrard. Barcelona. Cataluña
 Correo electrónico: antia.fraga@hotmail.com

//// ID 629

Estudio sobre las agresiones a los profesionales en AP (2007-2011)
 Fernandez Dominguez M, Gomez Fernandez M, Otero Martinez M, Lopez Perez M, Pose Villares M, Romero Mosquera M
 PAC de Ourense, Xerencia de Atención Integrada de Ourense Verin y Barco de Valdeorras, UD de MFyC de Ourense. Ourense. Galicia
 Correo electrónico: mariajose.fernandez.dominguez@sergas.es

Seguridad del paciente

//// ID 11

Revisión entre pares (peer review) de las prescripciones de pacientes polimedicados
 Casi Casanellas A, Magan Aparicio E, García Escobedo J, Sarmiento Lejarreta A, Gorjón Barrieco M, Fernández Vieito R
 CS de Lakuabizkarra. Vitoria. País Vasco
 Correo electrónico: sitokasi@hotmail.com

//// ID 88

Valoración inicial y seguimiento de pacientes con apendicitis aguda en Atención Primaria tras el alta hospitalaria
 Rodríguez Caravaca G, Villar del Campo M, Martínez-Aedo Ollero R, Andrés Prado M
 CS Cármenes. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. Comunidad de Madrid
 Correo electrónico: grodriguez@fhacorcon.es

//// ID 108

Encuesta a profesionales de Atención Primaria para conocer su grado de sensibilización en seguridad del paciente
 Zunzunegui Marcaida J, Seco Rodríguez M, Fernández Uría J, Lekube Angulo K, de la Prieta Velasco Y, García Pérez R
 Osakidetza Comarca Bilbao (Bie). Bilbao. País Vasco
 Correo electrónico: jzmarkaida@yahoo.es

/// ID 162

¿Están satisfechos nuestros usuarios con el respeto a su intimidad y confidencialidad?

Maqueda Madrona T, Corral Formoso J, Cano Vázquez E, Ruiz Ruiz F, Leal Salido R, Prosper Gisbert A

CS San Benito. Jerez de la Frontera. Andalucía

Correo electrónico: javierrzr@yahoo.es

/// ID 227

Discrepancias en el registro de las enfermedades crónicas de los pacientes en un servicio de Urgencias hospitalario

Olaya Velázquez I, Morís de La Tassa J

CS de La Magdalena; Hospital San Agustín; Hospital de Cabueñes.

Avilés. Asturias

Correo electrónico: iolaya@telecable.es

/// ID 345

Prescripción inadecuada de los inhibidores de la bomba de protones y riesgos implícitos

Zuñiga Cedo E, Vico Beso L, Calvet Valera M

CAP Roquetes. Sant Pere de Ribes. Cataluña

Correo electrónico: lavinia.vico@gmail.com

/// ID 396

Notificación de incidentes de seguridad interniveles

Añel Rodríguez R, Goikoetxea Alberdi A,

Ibars Cervera M, Basterretxea Oiarzabal J,

Irurzun Zuazabal E, Ferri Rosalen J

CS Landako. Durango. País Vasco

Correo electrónico: rosamaria.anelrodriguez@osakidetza.net

Tabaquismo

/// ID 202

Hábito tabáquico en pacientes con dolor torácico en Urgencias

Crespo Domínguez H, Cano Vázquez E,

Estélla García A, T

Hospital de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera.

Andalucía

Correo electrónico: hermita22@hotmail.com

/// ID 463

Influencia de la modificación de la ley del tabaco de enero de 2011 en la exposición al tabaquismo pasivo en adolescentes

Ribera I Osca J, Palop Larrea V, Fuertes Fortea A,

Mañas Iniesta M, Matoses Climent M,

Matoses Climent M

CS Alginet, Hospital Universitario de La Ribera. Alginet.

Comunidad Valenciana

Correo electrónico: joanrios@hotmail.es

/// ID 582

Consulta de deshabituación tabáquica: un año de experiencia

Oliver González C, Cantero Gómez F,

Benavente López A, Estrada Alcázar M,

Estany Almirall Y, Font Bosque A

EAP Igualada Urbà. Igualada. Cataluña

Correo electrónico: fxcantero.cc.ics@gencat.cat

/// ID 729

Sesgo de cumplimentación del hábito tabáquico

en la historia electrónica de Atención Primaria

Adam Ruiz D, Matilla García M, Soto Hernández A,

Velasco La Valle I, Roig Sena F, Martí Barrera E

CS Salvador Allende; CS Pública de Valencia. Valencia. Comunidad

Valenciana

Correo electrónico: amdaru@yahoo.es

Urgencias

/// ID 6

Asistencia sanitaria al paciente detenido

López Torres G, Rodríguez Delgado E, Ortiz Martín E,

García Moreno S, Hernández Carmona A, Osorio

Martos C

CS Cartuja y DCCU (Granada); Hospital Motril y DCCU (Granada);

Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) (Granada);

Hospital Universitario Virgen de Las Nieves y DCCU (Granada); Zona

Básica Peal de Becerro (Jaén); CS La Chana. Granada, Jaén. Andalucía

Correo electrónico: ginelop@yahoo.es

/// ID 7

¿Atendemos correctamente la hipertensión en Urgencias?

López Torres G, García Moreno S, Martínez Sánchez M, Rodríguez Delgado E, Ortiz Martín E, Hernández Pérez de la Blanca M

. Granada. Andalucía

Correo electrónico: ginelop@yahoo.es

/// ID 9

¿Es urgente todo lo que atendemos? Evaluación del perfil de los avisos domiciliarios realizados por un dispositivo de cuidados críticos y urgencias

Rodríguez Delgado E, López Torres G, Ortiz Martín E,

Hernández Carmona A, Leyva Extremera A, Guerrero

Briz M

Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) y Hospital Santa

Ana Motril (Granada); CS Cartuja y DCCU (Granada); DCCU

(Granada); Zona Básica Salud Peal de Becerro (Jaén); Chare Guádix

(Granada); DCCU (Granada). Granada, Jaén. Andalucía

Correo electrónico: ginelop@yahoo.es

/// ID 20

Atención al paciente cardiópata, ¿diagnosticamos correctamente en Urgencias?

Noguera Illescas M, López Torres G, Albendín García L,

Campos González M, García Moreno F, Ortiz Fuentes S

Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) (Distrito

Granada); CS Cartuja y DCCU (Granada); CS Casería de Montijo y

DCCU (Granada); Hospital Virgen de Las Nieves (Granada); DCCU

(Granada); Hospital Virgen de Las Nieves (Granada). Granada.

Andalucía

Correo electrónico: ginelop@yahoo.es

/// ID 29

Evaluación de la actividad asistencial del residente en Urgencias hospitalarias como herramienta docente

Muñoz Ureña A, Manrique Medina R, Fontcuberta

Martínez J, Pérez Aguilar F, Alcántara Zapata F

UD Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Cartagena-

Mar Menor. Cartagena. Murcia

Correo electrónico: alfonsom.munos@carm.es

//// ID 145

Actividad de una unidad de corta estancia: un año de rotaciones

Navarro Martínez A, López Abellán L, Fontes Manzano I, Falcó Valverde E, López Torres L, Lázaro Gómez M
CS Murcia Infante. Murcia. Murcia
Correo electrónico: angaleno@hotmail.com

//// ID 151

Adecuación de las derivaciones desde Atención Primaria a Urgencias de nuestro hospital de referencia

Moreno Guevara J, Amaya Chunga J, Casado Pradas N, Soliva Álvarez E
ABS Nova Lloreda. Badalona. Cataluña
Correo electrónico: nuria.casado@hotmail.com

//// ID 338

Asistencias domiciliarias prestadas desde una Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria (UCCU)

Aguilar Oñate N, Bolet Galindo R, Valencia Alvarado A, Tibos F, Antoñano Quincoces A, Martín Reyes M
Ugc Uccu Las Lagunas; Ugc La Cala-Mijas Pueblo; Mijas Costa. Málaga. Andalucía
Correo electrónico: sunvalenal@gmail.com

//// ID 426

Derivaciones pediátricas desde Atención Primaria a Urgencias de un hospital de segundo nivel

Roces Iglesias P, Menéndez Tuñón S, Fernández Vázquez M, Iglesias Fernández N
Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias
Correo electrónico: silviamt84@gmail.com

//// ID 466

Guías que guían: una herramienta para evitar la variabilidad clínica en la consulta
Ríos Vallés L, Crespo Palau C, Margalef Pallarés F, Martínez Martínez N, Novillo Santos M, Doblado López O

Hospital Lleuger Cambrils. Cambrils. Cataluña
Correo electrónico: lrios@grupsagessa.com

//// ID 480

Tratamiento de la pericarditis aguda, ¿lo estamos haciendo bien?

Vizcaíno Domínguez D, Serrano Álvarez J
Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias
Correo electrónico: deboravizcaínodominguez@hotmail.com

//// ID 712

Implantación del plan de gestión de la patología aguda para enfermería en un Centro de Atención Primaria

Rubiales Carrasco A, Piedra Berraquero C, Fernández Maestre S, Matamoros Olivares M, Martínez García M, Ginovés Lorenzo M
ABS Barcelona 9a La Sagrera. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: arubiales.mn.ics@gencat.cat

//// ID 733

Plan de actuación de los médicos de Atención Primaria en una catástrofe real (terremoto) y atención de la patología ordinaria

Jiménez González J, Escobar y Álvaro L, Navas Pleguezuelos M, Sánchez Pardo M, Sánchez Prieto M, Quesada Costilla M
CS Lorca Sur-Área III del SMS; Hospital Rafael Méndez-Área III del SMS. Lorc. Murcia
Correo electrónico: joaquinjg@msn.com

Vacunas

//// ID 524

Aprendiendo cuando las cosas no salen bien. Programa de mejora de la vacunación antigripal entre personal sanitario

Calvet Valera M, Zuñiga Cedo E, Vico Beso L, Foz Cuella M
CAP Roquetes. Sant Pere de Ribes. Cataluña
Correo electrónico: satie_v@hotmail.com

//// ID 703

Vacuna frente al virus del papiloma humano: conocimientos y actitudes de madres de adolescentes de la provincia de Valencia

Alemán Sánchez S, Pérez Breva L, Morant Talamante N, Pérez Vilar S, Puig Barberà J, Díez Domingo J
Centro Superior de Investigación en Salud Pública (Csisp). Valencia. Comunidad Valenciana
Correo electrónico: aleman_sar@gva.es

Violencia doméstica

//// ID 521

Experiencia en el día internacional de la violencia de género

Bascompte Jorba C, Falguera Vilamajó M, Garriga Badia A, de Luis Díaz M, Enrich Claramunt M, Moreno Estrada A
CAP Igualada Nord. Igualada. Cataluña
Correo electrónico: cbascompte@csa.cat

Información adicional sobre actividades científicas / Premios

Asistencia a actividades científicas

El XXXII Congreso de la semFYC dispone de una amplia oferta de actividades científicas. Se distinguen dos tipos de actividades según su forma de acceso:

- **Actividades de acceso libre**
Las actividades científicas de acceso libre son las siguientes: mesas, mesas de programas y secciones semFYC, debates, actualizaciones, mesas del foro de investigación, mesas del aula docente, otras actividades semFYC, encuentros con el experto y sesiones prácticas. Son actividades de acceso libre pero que están limitadas al aforo de la sala. Se recomienda presentarse en la sala correspondiente 20 minutos antes del inicio de la actividad.
- **Actividades con inscripción previa**
Los talleres de habilidades, talleres del aula docente y talleres del foro de investigación son actividades con plazas limitadas y requieren INSCRIPCIÓN previa (ver apartado «Normas de inscripción en talleres»).

Normas de inscripción en talleres

Talleres de habilidades de 2 horas y 4 horas, talleres del aula docente, talleres del foro de investigación:

- La inscripción podía hacerse únicamente a través de la página web (www.semfy.com/bilbao2012) entre el 19 de abril y el 30 de mayo de 2012.
- Para inscribirse en los talleres era IMPRESCINDIBLE estar previamente inscrito en el Congreso.
- Las plazas de los talleres eran LIMITADAS. Para cada congresista solo era posible inscribirse en:
 - 1 taller del bloque 1 (talleres de habilidades de 2 y 4 horas).
 - 1 taller del bloque 2 (talleres del *Aula docente* y talleres del *Foro de investigación*).
- También, y mediante la web, era posible cancelar la inscripción en el taller e inscribirse de nuevo en otro.
- Una vez finalizado el plazo de inscripción en los talleres (a partir del 31 de mayo) solo es posible la inscripción en aquellos en los que queden plazas disponibles, para lo que deberá dirigirse al mostrador de información de la sede del Congreso.
- A partir del 31 de mayo, el congresista inscrito en algún taller deberá imprimir la carta de confirmación que está disponible en la página web, y que es personal e intransferible. Será IMPRESCINDIBLE entregar esta carta para acceder a la sala.
- Para poder asistir a un taller confirmado, el congresista deberá presentarse en la sala correspondiente con un mínimo de 10 MINUTOS DE ANTELACIÓN a la hora de inicio. La no comparecencia en ese plazo de tiempo conlleva la PÉRDIDA del derecho de asistencia. Las plazas que por este motivo resulten vacantes serán cubiertas por los congresistas en lista de espera, que deberán disponer del documento de lista de espera (que les será facilitado por la azafata de la sala correspondiente) y entregarlo al acceder a la sala.

Normas de inscripción en el aula docente

Los congresistas con cuota «con almuerzo» que se inscriban en las actividades de aula docente (mesa) tendrán incluido también el almuerzo del miércoles 13 de junio en el Restaurante Jauregia de la planta 1.

Para inscribirse en los talleres del aula docente, ver apartado «Normas de inscripción en talleres».

Acreditación de las actividades

Se ha solicitado la acreditación del Congreso al Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias. Las actividades susceptibles de ser acreditadas son las siguientes:

Acreditación global del Congreso

- Mesas
 - Mesas de programas y secciones semFYC
 - Debates
 - Actualizaciones
 - Foro de investigación (mesas)
 - Aula docente (mesa)
 - Encuentros con expertos y sesiones prácticas
- Para obtener la acreditación de estas actividades incluidas en la acreditación global, es necesario asistir al 80 % de la duración total de cada actividad.

Se procederá a la lectura automática de la credencial personal del congresista en el momento de entrar y salir de la sala correspondiente.

Acreditación individualizada por actividad

- Talleres de habilidades (2 horas)
- Talleres de habilidades (4 horas)
- Talleres del aula docente
- Talleres del foro de investigación

Para obtener la acreditación de estas actividades acreditadas individualmente (que requieren inscripción previa), es necesario asistir a la totalidad del taller (100 % duración) y firmar la hoja de asistencia, que deberá entregarse cuando se acceda a la sala.

Acreditación

En cualquier caso, para obtener una acreditación es IMPRESCINDIBLE solicitarla en la página web del Congreso (www.semfy.com/bilbao2012).

Certificados

Los certificados se podrán descargar a través de la web de semFYC (www.semfy.com) en el plazo de tres meses a partir de la finalización del Congreso. La secretaría técnica enviará un correo electrónico para informar de cuándo van a estar disponibles.

Reclamaciones

Las reclamaciones de certificados se aceptarán hasta el 30 de diciembre de 2012.

A partir de esta fecha no se aceptará ningún tipo de reclamación.

Comunicaciones

En el XXXII Congreso de la semFYC se contemplan tres tipos distintos de comunicaciones:

- Resultados de investigación (bajo perspectivas cuantitativas o cualitativas)
- Comunicaciones de experiencias
- Proyectos de investigación

Se recomienda a los autores de las comunicaciones que consulten el apartado correspondiente en la página web del

Congreso para conocer el horario de presentación de su comunicación: www.semfyec.es/bilbao2012

Comunicaciones orales

El autor o la persona que va a exponer la comunicación oral debe presentarse al moderador en la sala 15 minutos antes de la hora de inicio de la sesión. El tiempo máximo para la presentación oral es de **7 minutos por comunicación**. Al final de esta, se abrirá un turno de preguntas y aclaraciones por parte de los asistentes y el moderador (3 minutos). Así pues, el tiempo total para cada comunicación oral será de 10 minutos (7 para la presentación y 3 para preguntas y debate). El orden de exposición de las comunicaciones es el que aparece en el programa.

Los **certificados de las comunicaciones** serán entregadas por el moderador al finalizar la sesión de presentación de las comunicaciones orales. Para obtenerlos es **imprescindible** cumplir con los siguientes requisitos:

- El autor-presentador debe ser uno de los autores de la comunicación.
- El autor-presentador debe estar inscrito en el Congreso.
- El autor-presentador debe quedarse hasta el final de la sesión.
- Se entregarán tantos certificados originales como autores consten en la comunicación enviada.

Todas las salas de comunicaciones orales estarán equipadas únicamente para la proyección desde un ordenador (Power Point, versión Office 2007). El responsable de la comunicación deberá entregar el soporte audiovisual de la presentación en la secretaría de audiovisuales al menos tres horas antes de su exposición.

Se recomiendan 10 diapositivas Power Point por cada presentación oral. El máximo de diapositivas que se aceptará por cada comunicación oral es de 15 de diapositivas (las de más de 15 diapositivas serán rechazadas por los responsables de la secretaría de audiovisuales).

Comunicaciones póster

Los pósteres aceptados en formato póster NO se presentarán en panel (impresión del póster en papel), sino que se mostrarán en formato de póster electrónico.

Los pósteres se expondrán en pantallas de plasma táctiles, que se instalarán en el espacio reservado para ello (Planta -2, Palacio de congresos Euskalduna).

Entre todos los pósteres aceptados para el Congreso, se han seleccionado los **mejor puntuados para ser defendidos de forma oral**, los cuales se presentarán en una sala, donde se proyectará la imagen del póster electrónico.

La defensa de los pósteres se realizará en sesiones temáticas de dos horas. Durante la sesión, uno de los autores deberá exponer y comentar el trabajo (2 minutos). Tras esta breve exposición, se permitirá el debate entre todos los asistentes. Para poder preparar esta actividad se le enviarán los resúmenes de todos los autores que participen en el debate.

El moderador entregará los **certificados de las comunicaciones póster con defensa** una vez finalizada la sesión.

Los **certificados de las comunicaciones póster sin defensa**

se podrán recoger en el mostrador de la zona de paneles el viernes 15 de junio, de 10.00 a 18.00 h.

En ambos casos, para la obtención de los certificados es **imprescindible** cumplir con los siguientes requisitos:

- Al menos uno de los autores de la comunicación debe estar inscrito en el Congreso.
- Se debe haber enviado el póster en formato electrónico (a través de la página web) **antes del 21 de mayo de 2012**.
- Se entregarán tantos certificados originales como autores consten en la comunicación enviada.

Premios

Acto de entrega de premios del XXXII Congreso de la semFYC

Viernes, 15 de junio / 17.30-18.00 h

Auditorio Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia

Premios a las mejores comunicaciones

Otorgados por los Comités Científicos y Organizador del XXXII Congreso de la semFYC

- **Comunicación oral:** primer premio y un accésit
Las comunicaciones orales premiadas se seleccionarán entre las comunicaciones presentadas en la sesión «Mejores comunicaciones orales» (viernes 15 de junio, de 12.00 a 14.00 h, sala A4).
- **Comunicación póster:** primer premio y un accésit
Las comunicaciones póster premiadas se seleccionarán entre todas las comunicaciones póster aceptadas para el Congreso.
- **Proyecto de investigación**
El mejor proyecto de investigación se seleccionará entre los proyectos presentados en la Mesa del foro de investigación «Buscando compañeros de viaje en investigación» (viernes 15 de junio, de 12.00 a 14.00 h, sala A3.2, planta -2).

Premios semFYC

- **Becas de investigación Isabel Fernández para tesis doctorales**
- **Premio «Sin humo»**
Premiado: Asociación española contra el cáncer.
- **Premio al mejor lema «Sin humo»**
Se deberá rellenar el tarjetón que encontrará en la documentación del congresista y entregarlo en el stand de la semFYC/GAT.

Otros premios

- **Premio al mejor relato breve y a la mejor imagen de la XIII semana sin humo**
El premio se entregará al finalizar la Mesa del PAPPS (jueves 14 de junio, de 12.00 a 14.00 h, Auditorio).
- **XIV Premios PACAP**
El premio se entregará al finalizar la Mesa del PACAP (viernes 15 de junio, de 09.30 a 11.30 h, sala E).

Actividades semFYC

PRESENTACIÓN

Manejo de las dislipemias en Atención Primaria

Jueves 14 de junio/ 13.00 – 14.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A2

Ponentes:

Mariano Blasco Valle

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador del GdT de Dislipemias de la semFYC. CS Delicias Sur. Zaragoza

Luis Masana Marín

Catedrático. Medicina Interna. Hospital Sant Joan de Reus. SAM 8. Tarragona

Manuel Taboada Taboada

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuencarral. Madrid

Proyecto patrocinado por: MSD

PRESENTACIÓN

Más de 150 respuestas sobre Incapacidad Temporal

Viernes 15 de junio/ 09.30 – 10.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A2

Ponentes:

Fernando León Vázquez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Lienciado en Derecho. CS Universitario San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón. Madrid.

Coordinador del Grupo Lex Artis. SoMaMFyC

Soledad Holgado Catalán

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Bioética.

*CS Monterrozas. Las Rozas. Madrid
Grupo Lex Artis. SoMaMFyC*

Proyecto patrocinado por: AMAT

PRESENTACIÓN

Criterios de derivación para Atención Primaria de la incontinencia urinaria

Viernes 15 de junio/ 10.30 – 11.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 3 / Sala B3

La incontinencia urinaria (IU) es una patología cada vez más prevalente en la población adulta que ocasiona una importante limitación de la calidad de vida. En el manejo de esta patología existe una gran variabilidad en cuanto a las

decisiones clínicas que se adoptan y el tipo profesionales que atienden a los pacientes (urólogos, médicos de familia, rehabilitadores del suelo pélvico, ginecólogos...). Esta variabilidad puede limitar la calidad de la atención que recibe el paciente y en ocasiones supone unos costes innecesarios para el sistema. Dado que en nuestro ámbito asistencial no existen protocolos consensuados de actuación conjunta sobre el tratamiento de esta patología entre médicos de familia y urólogos, principales responsables del control clínico de esta patología, las tres sociedades de medicina de familia (semFYC, SEMERGEN, SEMG) y la Asociación Española de Urología (AEU) han elaborado un documento de consenso sobre el manejo clínico compartido de la IU, adaptado a los recursos y medios disponibles en nuestro entorno sanitario.

El documento consta de un algoritmo que resume del manejo diagnóstico y terapéutico y seguimiento de esta patología y se acompaña de un desarrollo científico, basado en la evidencia, que justifica la toma de decisiones. El documento se estructura en los siguientes apartados: detección precoz de la IU; valoración diagnóstica inicial; clasificación en tipos y grados de gravedad; tratamiento específico y seguimiento del paciente con IU. Además se incluyen una serie de anexos con contenido práctico para facilitar al médico de familia el manejo de la patología.

Nota: se realizará la presentación del documento, que se publicará en el último trimestre de 2012

Ponente:

José María Molero García

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés. Madrid

GdT de Enfermedades Nefrourológicas de SoMaMyC y de la semFYC

Comité científico nacional de criterios de derivación para AP de HBP y de incontinencia urinaria

Proyecto patrocinado por: Astellas

PRESENTACIÓN

Observatorio de Enfermedades Crónicas

Viernes 15 de junio/ 10.30 – 11.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta -2 / Sala A2

Ponentes:

Mercè Marzo Castillejo

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y en Medicina Preventiva y Salud Pública.
Secretaría Técnica del Observatorio de Enfermedades Crónicas*

Jorge Navarro Pérez

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salvador Pau. Valencia. GdT de Diabetes de la semFYC
Director del Observatorio de Enfermedades Crónicas*

Josep Basora Gallisà

Presidente de la semFYC

Emilio Ignacio García

Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

Proyecto patrocinado por: SANOFI

PRESENTACIÓN

Novedades editoriales de la semFYC

Viernes, 15 de junio / 12.00 – 14.00 h
Planta - 2 / Sala A3.1

Manual de Urgencias y Emergencias.
Los 10 problemas de salud que solicitan
atención urgente

Juan Antonio Cordero Torres

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
UME 1.1 y Servicio de Urgencias en el Complejo Hospitalario
Universitario de Badajoz. Miembro del GdT Urgencias y Atención
Continuada de la semFYC.*

Manual de exploración física. Basado en la persona,
en el síntoma y en la evidencia

Verónica Casado Vicente

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Doctora en Medicina
y Cirugía Tutora UD de MFyC de Valladolid Oeste. Profesora asociada
de Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de Valladolid
CS Universitario Parquesol. Valladolid Presidenta de la Comisión
Nacional de MFyC.*

Tratado de Medicina Familiar y Comunitaria. 2.^a edición
Verónica Casado Vicente

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Doctora en Medicina
y Cirugía Tutora UD de MFyC de Valladolid Oeste. Profesora asociada
de Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de Valladolid
CS Universitario Parquesol. Valladolid Presidenta de la Comisión
Nacional de MFyC.*

Recomendaciones sobre el uso de los medicamentos
Miguel Ángel Hernández Rodríguez

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Dirección General
de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud. Tenerife.
Doctor en Medicina y Cirugía. Miembro del Grupo de Utilización
de Fármacos de semFYC*

ASAMBLEA

Asamblea de compromisarios / socios y socias semFYC

Jueves 14 de junio/ Hora de inicio: 17.30 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 0 / Sala E

REUNIONES

- Junta Permanente semFYC
- Junta Directiva semFYC

Espacio solidario semFYC

Jueves 14 de junio/ 15.30 – 17.00 h
Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia.
Planta 3 / Sala B3

Presentamos el nuevo **Espacio Solidario** en el marco de los
congresos de la semFYC.

La iniciativa pretender dar voz a todos aquellos médicos de
familia que realizan labores de cooperación mediante las
ONG, para el intercambio de experiencias, el asesora-
miento y también para servir de punto de encuentro para
todos aquellos con vocación solidaria.

La actividad **Espacio Solidario** contará con la participación
de:

Salvador Tranche Iparraguirre

Secretario de la semFYC

Jesús Sepúlveda Muñoz

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
UGC Alameda Perchel Málaga. Coordinador. GdT Tercer y Cuarto
Mundo de la semFYC.*

Mónica Palerm Martínez

*Coordinadora Plataforma Helpcome. Área de Salud Global.
Centro Superior de Investigación en Salud Pública. Valencia.*

- Presentación de experiencias solidarias.

Actividad con la población

Dada la apuesta que la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) viene haciendo desde hace años en favor de modelos de vida sana y prácticas saludables, en los eventos estatales y en los de cada comunidad se reservan espacios destinados a la realización de actividades con la población en general.

Para el XXXII Congreso de la semFYC, con sede en Bilbao, hemos previsto, en colaboración con el Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria de la Sociedad Vasca de Medicina de Familia y Comunitaria (OSATZEN), la realización de tres talleres comunitarios dirigidos a la población en general.

Estos talleres, volcados en la transmisión a los ciudadanos de la importancia de adquirir hábitos saludables, tendrán lugar el próximo jueves 14 de junio entre las 10.00 horas y las 13.00 horas en un entorno privilegiado y accesible como la Alhóndiga, en pleno centro de Bilbao.

La salud comunitaria, entiende la semFYC, tiene como objetivo final alcanzar un estado de bienestar de los sujetos englobados en una comunidad (considerados individual y grupalmente) a través de un conjunto de estrategias, métodos y actividades orientadas a mejorar su estado de salud, y por eso se dirige a la población general con el desarrollo de talleres, tanto para adultos como para niños, a fin de contribuir a su capacitación en salud desde pequeños.

En este sentido, se ha previsto la realización de tres talleres de forma paralela: un taller de frutas para los más pequeños, uno de ejercicio físico y un tercer taller de deshabituación tabáquica, estos dos últimos para los adultos.

El taller *Frutas divertidas* está dirigido a dos grupos de 20 niños cada uno, de edades entre 5 y 7 años, y se pretende conseguir, a través del juego, que los niños consuman fruta y potenciar su autonomía y creatividad, así como, mediante el reparto de trípticos informativos, informar a los padres sobre el efecto beneficioso de este tipo de alimento y mejorar los hábitos nutricionales en los hogares. La responsable de este taller es Silvia Moreno López.

El taller *Deshabitación tabáquica* estará dirigido por Carmen Rodríguez Curras y María Eugenia Azpeitia Serón, que junto a otros tres médicos y voluntarios de la Asociación contra el Cáncer realizarán durante toda la mañana tres pruebas a quienes se acerquen a este taller: test de adicción, cooximetría y examen de edad pulmonar. El objetivo es captar a fumadores interesados en dejar este pernicioso hábito, dar a conocer los servicios de deshabituación tabáquica e incluso derivar a los pacientes a sus médicos de cabecera para que puedan avanzar en el tratamiento.

Finalmente, el *Taller físico* nos permitirá informar a los visitantes sobre el Plan Aktibili-Plan Vasco de Actividad Física, además de realizarles un test de condición física Ruffier, un cálculo de frecuencia cardíaca máxima y umbrales de ejercicio aeróbico y un test de equilibrio estático.

Los coordinadores de este taller son Pedro Iturrioz Rosell, Víctor Rubio Arribas e Iñaki Iturrioz Rosell.

Docentes:

Frutas divertidas

Silvia Moreno López

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de salud Valle de Leniz (Eskoriaza).

Deshabitación tabáquica

Carmen Rodríguez Curras

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de salud Villanueva de Valdegovia- Valles I Araba.

M.^a Eugenia Azpeitia Serón

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. UAP Valles I Comarca Araba. Coordinadora Nacional del PACAP-semFYC. Coordinadora GDT Salud Comunitaria de OSATZEN.

Taller físico

Pedro Iturrioz Rosell

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Especialista en Medicina preventiva y Salud Pública. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Gipuzkoa. Coordinador del grupo Actividad Física y Salud de OSATZEN.

Víctor Rubio Arribas

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. CS Irun centro. GdT Actividad Física y Salud de OSATZEN. GdT Actividad Física y Salud de la semFYC.

Iñaki Iturrioz Rosell

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Licenciado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Director de Actividades Deportivas del Patronato de Deportes de Irun

Sede:

Alhóndiga Bilbao

Plaza Arriquirar, 4 - Bilbao

Horario:

10.00-14.00 h

Encuentros sociales

MIÉRCOLES, 13 DE JUNIO

/// Encuentro de bienvenida (acto inaugural)

Lugar: Auditorio-Palacio de Congresos Euskalduna
Horario: A partir de las 19.45 h

Aforo limitado. Acceso libre presentando la acreditación.

Al finalizar la mesa inaugural (acto institucional) del Congreso, tendrá lugar la actuación de **Alkartasuna Dantza Taldea** (danzas tradicionales vascas).

JUEVES, 14 DE JUNIO

/// Encuentro en la Alhóndiga

Lugar: Alhóndiga Bilbao (Plaza Arriquirar, 4, Bilbao)
Horario inicio: 22.00 h

Los 43.000 metros cuadrados de Alhóndiga Bilbao se levantan en el viejo almacén de vino de la ciudad. Un edificio de estilo modernista declarado bien de interés cultural por el Gobierno vasco en 1999, y en el que se funden pasado, presente y futuro. Las fachadas y parte del espacio diseñado por el arquitecto bilbaíno Ricardo Bastida a comienzos del siglo XX se han mantenido y rehabilitado. El clasicismo exterior contrasta con el espacio interior urbano, singular, innovador y sobrio, que ha diseñado Philippe Starck, y donde se cristalizan la vida y la energía de Bilbao.

En este espacio tan singular tendrá lugar el cóctel-cena del XXXII Congreso de la semFYC.

Cómo llegar:

En autobús: Líneas con parada más cercana: 18, 76
Líneas secundarias: 26, 27, 38, 48, 72, 77

En metro: Estación de Indautxu, salida Urquijo
Estación de Moyúa, salida Diputación

Aparcamientos: Alhóndiga
Indautxu
Zabalburu
Instituto Miguel de Unamuno

Aforo limitado. Para poder acceder al Encuentro en la Alhóndiga es necesaria la adquisición de la entrada al cóctel-cena (Precio: 40 € por persona). Puede obtenerla previamente a los días del Congreso en la web del Congreso (apartado Inscripciones) o en la secretaría de nuevas inscripciones de la sede del Congreso (antes de las 15.00 h del jueves 14 de junio).

/// Encuentro con los amigos

Lugar: Kafe Antzokia (Calle San Vicente, 2, Bilbao)
Horario: A partir de las 22.00 h

Espacio destinado al intercambio de opiniones y experiencias. Un lugar para el reencuentro con los amigos y compañeros.

Cómo llegar:

En autobús: Líneas con parada más cercana: 62, A5
Parada: c/ Ibáñez de Bilbao, 14

En metro: Estación de Abando, salida c/ Berastegui

Aparcamientos: Plaza del Ensanche
(entrada c/ Colón de Larrategui).

Acceso libre con la entrada que encontrará insertada en la documentación personalizada del congresista, que podrá recoger en el mostrador de entrega de documentación.

Información general

Sede

Palacio de Congresos y de la Música - Euskalduna Jauregia
Avda. Abandoibarra, 4
48011 Bilbao
www.euskalduna.net

Secretarías

Secretaría técnica (inscripciones, científica y comercial)



Carrer del Pi, 11, 2.ª pl., of. 13 • 08002 Barcelona
Tel. 93 317 71 29
Fax 93 318 69 02
congresos@semfyc.es

Horario de secretaría (durante el Congreso)

- Miércoles, 8 de junio: 10.00 a 20.30 h.
- Jueves, 9 de junio: 08.30 a 20.00 h
- Viernes, 10 de junio: 08.30 a 19.00 h.

Horario de exposición comercial

- Miércoles, 13 de junio: 15.00 a 20.30 h.
- Jueves, 14 de junio: 09.00 a 19.30 h
- Viernes, 15 de junio: 09.00 a 17.30 h.

Secretaría de alojamiento



Viajes Atlanta - Unicongress
C/ Calvet, 55 • 08021 Barcelona
Tel. 93 367 24 20
Fax 93 414 68 17

Horario de atención

- Miércoles, 13 de junio: 15.00 a 20.30 h.
- Jueves, 14 de junio: 09.00 a 19.30 h
- Viernes, 15 de junio: 09.00 a 17.30 h.

Cuotas

Categoría	Hasta el 15/03/2012	Del 16/03 al 29/05	In situ
Socios - Con almuerzos*	435 €	535 €	No posible
Socios - Sin almuerzos	375 €	476 €	525 €
Reducida socios - Con almuerzos*	285 €	385 €	No posible
Reducida socios - Sin almuerzos	225 €	325 €	375 €
No socios - Con almuerzos*	595 €	695 €	No posible
No socios - Sin almuerzos	535 €	635 €	685 €

Cuotas de inscripción con el 8% de IVA incluido.

*La inscripción con almuerzos incluye los almuerzos del jueves y del viernes.

Inscripciones

Forma de pago

Con tarjeta de crédito o transferencia bancaria (véase página web).

Cancelaciones

Las cancelaciones recibidas antes del 4 de mayo de 2012 tendrán derecho a devolución total menos un 20% en concepto de gastos administrativos. Las cancelaciones recibidas después de esta fecha no tendrán derecho a devolución. No se podrán realizar cambios de nombre.

Fecha límite

Para inscripciones (con o sin almuerzos de trabajo), a través de la página web: **29 de mayo**.

Las inscripciones recibidas fuera de plazo (a partir del 30 de mayo) no se considerarán formalizadas, por lo que deberán tramitarse en el mostrador de nuevas inscripciones.

Las cuotas in situ (sin almuerzo de trabajo) serán:

- Socios: 525 €
- Reducida socios: 375 €
- No socios: 685 €

Inscritos

Todos los congresistas tienen derecho a asistir a las actividades científicas, exposición comercial y pausas de café, y recibir la documentación del Congreso (programa final - y demás documentación personalizada). Además, los congresistas inscritos con almuerzo de trabajo tienen derecho a los almuerzos del jueves 14 y viernes 15 de junio.

Los congresistas tendrán derecho a participar en los actos sociales programados (véase apartados «Encuentro sociales»)

Bolsa del congreso

Todos los congresistas inscritos hasta el 29 de mayo tienen derecho a la bolsa del congresista. Para la inscripción in situ se dispone de un número limitado de bolsas, por lo que no se puede garantizar su entrega en todas aquellas inscripciones tramitadas durante el Congreso.

Acceso a la sede

Sólo se permitirá el acceso a las sedes del Congreso a las personas inscritas.

Junto con la documentación del Congreso se entregará la acreditación personalizada, que deberá llevarse en un lugar visible durante la celebración del mismo. La organización se reserva el derecho a solicitar DNI para comprobar su correspondiente acreditación.

Acreditaciones:

- Congreso con almuerzo: verde.
- Congreso sin almuerzo: rojo.
- Comités Organizador y Científico, Junta de la semFYC y ponentes: amarillo.

La pérdida de la acreditación supondrá el pago de 10 € para la tramitación de una nueva, y en cualquier caso ésta siempre será sin almuerzo de trabajo, cualquiera que sea la opción de la inscripción inicial.

Almuerzos

Horario de almuerzos (jueves 14 de junio y viernes 15 de junio): de 13.30 a 15.30 h.

Transporte

Transportistas oficiales del Congreso:

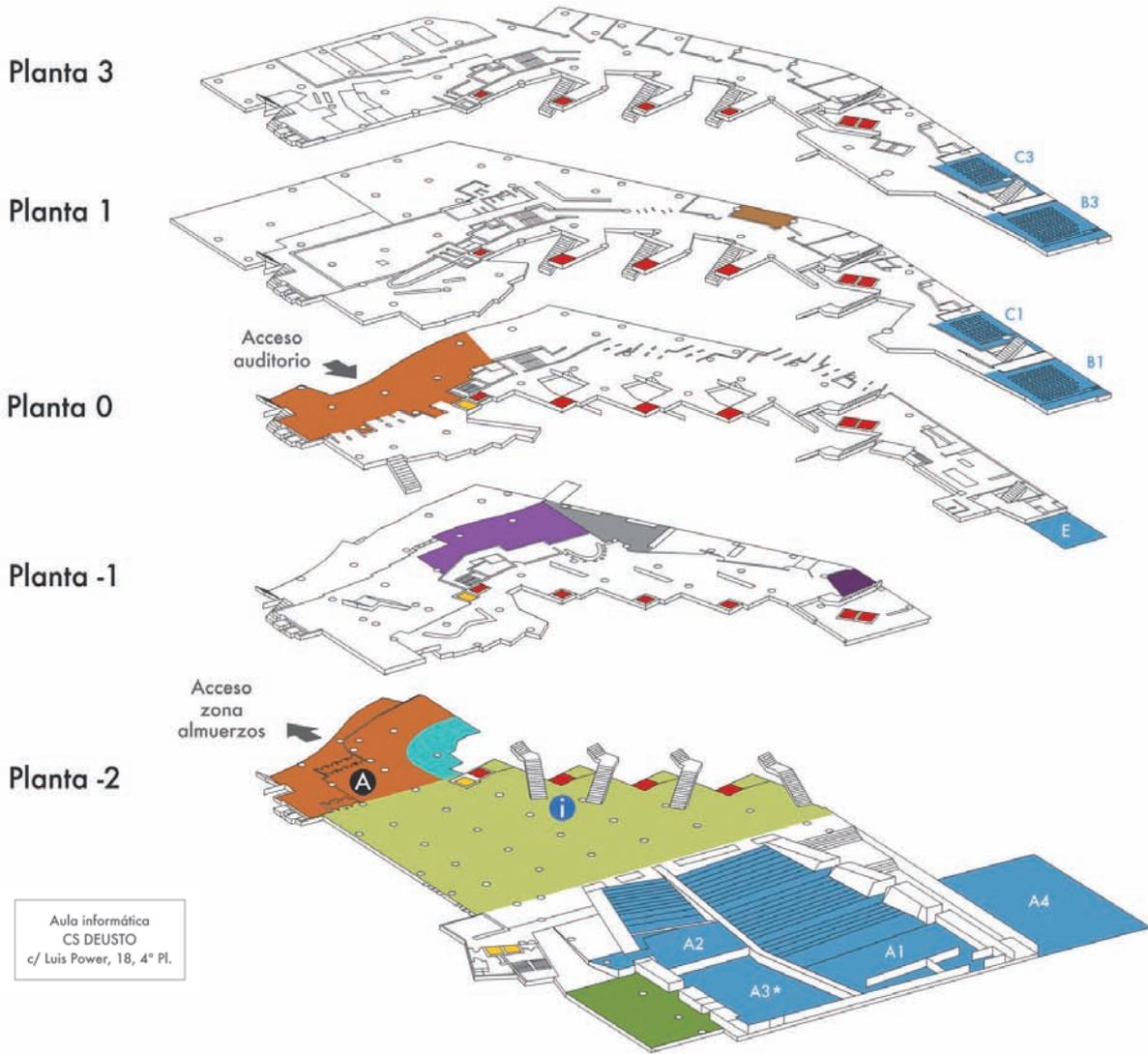


Para los congresistas inscritos al Congreso, Renfe e Iberia ofrecen descuentos en sus tarifas de transporte (bonos de descuento disponibles en la página web del Congreso).



Plano de la sede

Palacio de Congresos y de la Música - Euskalduna Jauregia



- Ascensores auditorio
- Ascensores plantas -2/-1/0/1/3
- Accesos
- Viajes Atlanta
- Salas de actividad científica
- Cafetería
- Entrega de la bolsa del Congreso
- Guardarropía
- Exposición comercial y zona institucional
- Área de pósters
- Secretaría de audiovisuales
- A Acceso congresistas
- i Información

* Jueves 14 y viernes 15 la sala A3 se divide en las salas: A3.1, A3.2 y A3.3.



Patrocinadores y colaboradores

Entidades cooperadoras con la semFYC



Los laboratorios cooperadores participan de forma no condicionada en la formación y desarrollo de la Medicina de Familia y Comunitaria. Los laboratorios cooperadores colaboran en el desarrollo de las actividades científicas de la semFYC y comparten en su integridad los criterios de independencia y calidad científica de la misma.

Entidades patrocinadoras del Congreso



Entidades colaboradoras con el Congreso



© 2012 Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
Diputació, 320
08009 Barcelona
www.semfyc.es

Coordinación y dirección editorial:
semfyc ediciones
Carrer del Pi, 11, 2a pl., of. 14
08002 Barcelona

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendida la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito del titular del *copyright*.

ISBN: 978-84-15037-21-7