

# 30

Congreso de la Sociedad Española  
de Medicina de Familia y Comunitaria

16, 17 y 18 de junio de 2010  
Feria Valencia. Centro de Eventos

# VALENCIA


¡Es la hora!



[www.semfy.com/valencia2010](http://www.semfy.com/valencia2010)



© 2010 Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria  
Portaferrissa, 8, pral.  
08002 Barcelona  
[www.semfyc.es](http://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, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito del titular del *copyright*.

ISBN: 978-84-15037-00-2

# Índice

Comité Organizador.....	5
Comité Científico .....	5
30.º Congreso de la semFYC .....	6
Valencia 2010. ¡Es la hora!.....	7
Índice por temas.....	9
Descripción de las actividades científicas .....	11
– Mesas .....	13
– Mesas de programas y secciones semFYC .....	51
– Debates.....	61
– Actualizaciones.....	69
– Resultados de investigación innovadores en Atención Primaria .....	75
– Foro de investigación.....	83
– Aula docente.....	87
– Talleres clínicos interactivos.....	93
– Talleres de habilidades.....	95
– Encuentros con el experto y otras actividades.....	99
– Comunicaciones orales.....	103
– Comunicaciones póster.....	143
Información adicional sobre actividades científicas / Premios .....	179
Otras actividades semFYC .....	181
VII Jornadas Nacionales de Medicina de Familia y Comunitaria para Estudiantes de Medicina....	183
Actividad con la población.....	185
Encuentros sociales .....	187
Información general.....	189
Patrocinadores y colaboradores .....	191
Índice de autores.....	193
Notas.....	197



## Comité Organizador

### Presidente

Juan Carlos Campos González

### Vicepresidente

Domingo Orozco Beltrán

### Secretario

Francisco Brotons Muntó

### Enlaces semFYC

Amparo Mena González

Ana Pastor Rodríguez-Moñino

### Vocales

Loida Flor Bustos (*Soc. Valenciana de MFyC*)

Margarita García de Paredes Porro (*Soc. Valenciana de MFyC*)

Beatriz Lacomba Aladreu (*Soc. Valenciana de MFyC*)

M.<sup>a</sup> Ángeles Medina Martínez (*Soc. Valenciana de MFyC*)

Miguel Prósper Sierra (*Soc. Valenciana de MFyC*)

Esteban Puchades Marqués (*Soc. Valenciana de MFyC*)

Juan Vicente Quintana Cerezal (*Soc. Valenciana de MFyC*)

Enrique Soler Bahilo (*Soc. Valenciana de MFyC*)

M.<sup>a</sup> Carmen Torres Moya (*Soc. Valenciana de MFyC*)

Fernando García Martín (*Soc. Castellana y leonesa de MFyC*)

José Manuel Pérez Fernández (*Soc. Murciana de MFyC*)

Santiago Valdearcos Enguידano (*Soc. Aragonesa de MFyC*)

## Comité Científico

### Presidente

Joan Puig i Barberà

### Vicepresidente

Carlos Fluixà Carrascosa

### Secretaria

Pilar Roca Navarro

### Enlace semFYC

Marta Sánchez-Celaya del Pozo

### Vocales

José Javier Blanquer Gregori (*Soc. Valenciana de MFyC*)

Vicente Cabedo García (*Soc. Valenciana de MFyC*)

Carmen Fernández Casalderrey (*Soc. Valenciana de MFyC*)

Vicente Gil Guillén (*Soc. Valenciana de MFyC*)

Francisca Gil Latorre (*Soc. Valenciana de MFyC*)

Rosa González Candelas (*Soc. Valenciana de MFyC*)

Santiago Gras Balaguer (*Soc. Valenciana de MFyC*)

Francisca Juan Espert (*Soc. Valenciana de MFyC*)

Gloria Rabanaque Mallén (*Soc. Valenciana de MFyC*)

Germán Schwarz Chavarri (*Soc. Valenciana de MFyC*)

José Manuel Soler Torró (*Soc. Valenciana de MFyC*)

Dantés Tórtola Graner (*Soc. Valenciana de MFyC*)

Guillermo Cairo Rojas (*Soc. Vasca de MFyC*)

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

Pilar Guijarro Gonzalo (*Soc. Extremeña de MFyC*)

María Victoria Martín Miguel (*Soc. Gallega de MFyC*)

David Medina i Bombardó (*Soc. Balear de MFyC*)

Carlos Ortega Millán (*Soc. Andaluza de MFyC*)

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

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

Francisco Martín Ruiz Lavela (*Soc. Murciana de MFyC*)

## 30.º Congreso de la semFYC

Éste es un año especial para el Congreso de la semFYC: cambiamos de fecha, volviendo a los orígenes en lo que respecta al mes de celebración del acontecimiento clave anual de nuestra organización. El nuestro es un congreso que, año tras año, se ha consolidado, que durante estas 30 ediciones se ha convertido en el evento más importante de la Atención Primaria española, un encuentro científico con todos los ingredientes para la actualización. Este año, con una dedicación especial al cuidado al final de la vida, a recuperar terrenos perdidos de nuestra especialidad, al aumento de la capacidad de resolución, a la relación médico-paciente, a las nuevas tecnologías en la gestión de la consulta, y a las estrategias de desarrollo profesional.

Para la nueva junta de la sociedad, este congreso también representa un reto, después de una trayectoria en la que nuestro encuentro anual ha sido también el lugar y el momento para manifestar nuestras inquietudes. Si algo hemos aprendido en nuestra historia es que los retos nunca finalizan y que las transformaciones no suceden de un día para otro. Estamos en la universidad, pero ahora nos toca poder estar en todas las universidades. En este congreso se presentará la red de universidades amigas. Tenemos definidas unas estrategias para la Atención Primaria, pero ahora nos toca desarrollar los planes de mejora e innovación: no dejaremos pasar este encuentro para reclamarlos. Nos preocupa la asistencia de calidad y la mejora de las condiciones de trabajo profesional de la medicina de familia. En este congreso presentaremos documentos útiles y prácticos para esta mejora de la práctica clínica. Estamos en las estrategias nacionales para distintas patologías, pero ahora tendremos que reclamar el protagonismo en el nuevo abordaje de la cronicidad, y convertirlo en una oportunidad para que el sistema se reoriente hacia la Atención Primaria. Reclamaremos un pacto para la sostenibilidad del sistema, que tenga su eje fundamental en el desarrollo de la Atención Primaria. Y así con todos los objetivos que nos marquemos en el próximo plan estratégico de nuestra federación, que será presentado para su aprobación en la asamblea de socios. Un plan estratégico que quiere seguir desarrollando el papel de liderazgo científico e innovador de la Medicina Familiar y Comunitaria, y para ello, este encuentro nos servirá a todos de mucho.

Nuestro agradecimiento a la labor desinteresada de los Comités Científico y Organizador de Valencia 2010, que han conseguido elaborar un programa atractivo y brillante para este 30 aniversario. Han conseguido la participación de los grupos de trabajo de la semFYC y de la federación, y de los programas, en esta ocasión del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP), del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), y Comunicación y Salud. También con los encuentros con el Foro de investigación y el Foro docente que, edición tras edición, se consolidan como la referencia anual de los médicos de familia. Nuestro agradecimiento especial a la Sociedad Valenciana por espolear el reto organizativo de esta trigésima edición y a toda la Federación por agruparse entorno a este congreso de todos.

Pero en este encuentro, los verdaderos protagonistas sois vosotros, los congresistas. Los Comités Científico y Organizador han realizado un gran esfuerzo de trabajo, imaginación y planificación para que éste sea un evento atractivo, cómodo y muy provechoso para quienes, año tras año, confían en este congreso para su actualización, para tener su lugar de reencuentro, identificándose con las mejoras prácticas de la medicina de familia y la Atención Primaria. Un encuentro clínico pensando sobre todo en aquellos que están ejerciendo su labor asistencial en el día a día de la consulta.

Muchas gracias por confiar en nosotros y feliz congreso.



**Josep Basora Gallisà**  
*Presidente de la semFYC*

## Valencia 2010. ¡Es la hora!

### Bienvenidos al 30.º Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. ¡Es la hora!

Este año te damos la bienvenida al congreso anual más interesante para los médicos de familia que desarrollamos nuestra actividad profesional en España. Nos sentimos afortunados, los Comités Científico y Organizador, por asumir esta responsabilidad en el seno de nuestra asociación.

En Valencia, encontrarás un congreso acorde a los intereses y expectativas de todos nosotros. Con este objetivo se ha contado con todas las sociedades federadas y los grupos de trabajo para seleccionar los temas y aspectos que creemos que pueden ser más atractivos para un gran número de congresistas.

Las diferentes mesas, actualizaciones, debates y talleres se han distribuido en itinerarios, de forma que si se selecciona alguno de ellos, es posible seguir varios recorridos ordenados temáticamente durante los tres días del congreso. Los itinerarios se agrupan en: cuidados paliativos, recuperar terrenos perdidos, aumento de la capacidad de resolución, relación entre médico y paciente, nuevas tecnologías y gestión de la consulta, y estrategias de desarrollo profesional.

Dispondremos de espacios de encuentro, uno con la música, otro con el deporte, uno más con los amigos y, finalmente, el encuentro de despedida. Todos ellos se enmarcan en las actividades sociales de nuestro 30º congreso.

Hemos preparado Itinerarios y encuentros, pero, sobre todo, apostamos por las comunicaciones de estudios de investigación cualitativos o cuantitativos, de experiencias o la presentación de proyectos como uno de los pilares centrales del Congreso.

Como en años anteriores, contamos también con el aula docente, el foro de investigación, la mesa de resultados innovadores en Atención Primaria y las mesas del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP), Comunicación en Salud, Vasco de Gama y Actualización en Medicina de Familia (AMF), las VII Jornadas nacionales de Medicina de Familia y Comunitaria para estudiantes de medicina y dirigiremos a estudiantes de segundo ciclo de secundaria nuestra actividad con la población.

En estos momentos existe un debate sobre la sostenibilidad del sistema sanitario en nuestro país, parece que el aumento de pacientes crónicos, el incremento de la esperanza de vida, y la introducción de nuevos tratamientos y tecnologías ponen en riesgo el futuro de la sanidad pública universal y gratuita. De esta situación, es seguro que los médicos de familia y la Atención Primaria saldrán fortalecidos, pues no existe otra solución que reorientar los recursos hacia la Atención Primaria y potenciar nuestro «papel». Te esperamos en Valencia, en junio, para que entre todos construyamos el marco que nos permitirá asumir esta función protagonista, de líder del sistema de salud que la sociedad nos demandará.

¡Es la hora! De seguir haciéndolo bien, como siempre lo hemos hecho.

Te esperamos en tu congreso.



Juan Carlos Campos González  
Presidente del Comité Organizador



Joan Puig i Barberà  
Presidente del Comité Científico





# Índice por temas

## Actos de inauguración y de clausura

Actos de inauguración y de clausura .....	11
---	----

## Mesas

1. Ideas de unos jóvenes médicos como respuesta a las necesidades de la población .....	13
2. Nuevas tecnologías en Atención Primaria. ¿La solución para viejos problemas? .....	14
3. Reumatología práctica: actualización para el día a día en artrosis, reumatismos de partes blandas y osteoporosis .....	19
4. Atención al paciente crónico. El paciente experto .....	23
5. Medicina basada en la evidencia y práctica clínica: la visión desde la Atención Primaria .....	27
6. Futuro de la Atención Primaria .....	30
7. Medicación en situaciones especiales: «el hecho de ser mujer y acoso terapéutico» .....	36
8. Atención al final de la vida: necesidades y realidades .....	41
9. Terrenos perdidos en Atención Primaria .....	43
10. Gripe A: pandemia o pandemónium .....	47

## Mesas de programas y secciones semFYC

Mesa PAPPS .....	51
Mesa PACAP. Mesa vacía, sillas llenas: PACAP es participación .....	54
Mesa AMF. Toda la vida se ha hecho así .....	55
Mesa Vasco da Gama. Movimiento Vasco da Gama: movimiento e intercambios en Europa .....	56
Mesa Comunicación y Salud. Participación del paciente en la toma de decisiones .....	58

## Debates

1. Retos en nuestro desarrollo profesional .....	61
2. «No escriba eso, doctor. A ver quién lo lee». Historia clínica electrónica, réquiem o esperanza de la medicina de familia .....	62
3. Controversias en educación sexual en la adolescencia: ¿de verdad hablamos de sexo con los adolescentes? .....	65

## Actualizaciones

Mesa 1. ABC de Neurología en Atención Primaria .....	69
Mesa 2. Toma de decisiones compartida con los pacientes .....	70
Mesa 3. Enfermedades raras: médicos de familia en primera línea .....	71

## Resultados de investigación innovadores en Atención Primaria

Mesa 1. Presentación de resultados de investigación innovadores en Atención Primaria .....	75
Mesa 2. Desinterés de los estudiantes de medicina por la medicina familiar: un estudio internacional ( <i>Medical students' declining interest in family medicine: an international study</i> ) .....	80

## Foro de investigación

Mesa 1. Buscando compañeros de viaje .....	83
Mesa 2. Experiencias de integración de los profesionales de Atención Primaria en estructuras de investigación cooperativas .....	83
Taller 1. Calidad de los datos .....	85
Taller 2. Una idea, un proyecto, una publicación: algunas claves para un itinerario .....	86

## Aula docente

Mesa 1. Nuevos retos, nuevas soluciones en desarrollo profesional continuo .....	87
Mesa 2. Los retos de la estructura docente de MFyC .....	89
Taller 1. ¿Cómo realizar la acreditación de la ANECA y no morir en el intento? .....	91
Taller 2. Las cinco microhabilidades: ¿cómo autorizar en situación de alta presión asistencial? .....	92
Taller 3. Formulario de objetivos, acreditación y evaluación de una actividad formativa .....	92
Sesión oral docente. Comunicaciones orales de experiencias docentes .....	92

## Talleres clínicos interactivos

TCI 1. La consulta de hoy .....	93
TCI 2. Intervención intensiva en tabaquismo .....	93
TCI 3. Toma de decisiones en cuidados paliativos .....	93

## Talleres de habilidades

### Talleres de 2 h

TH2.01. Utilización de la vía subcutánea .....	95
TH2.02. Pilates para tod@s .....	95
TH2.03. Uso recreativo de drogas: abordaje desde la consulta de Atención Primaria.....	95
TH2.04. Manejo de la insuficiencia cardíaca en Atención Primaria.....	95
TH2.05. Métodos diagnósticos rápidos en enfermedades infecciosas en Atención Primaria .....	96
TH2.06. Alcoholismo y medicina de familia: avances y actualizaciones en el manejo del paciente con problemas en el uso de alcohol .....	96
TH2.07. Abordaje integral del dolor crónico .....	96
TH2.08. Interpretación de la retinografía digital y fondo de ojo .....	96

### Talleres de 4 h

TH4.01. Acompañamiento emocional al final de la vida .....	97
TH4.02. Taller avanzado de espirometrías aplicado a la clínica .....	97
TH4.03. Procesos cutáneos susceptibles de cirugía menor y/o tratamiento conservador de Atención Primaria.....	97
TH4.04. Atención al adolescente desde Atención Primaria .....	98

## Encuentros con el experto y otras actividades

### Miércoles, 16 de junio

Sesión práctica 1. ¿Cómo abordar la inercia terapéutica en la hipertensión arterial? .....	99
Encuentro con el experto 1. Tratamiento insulínico de la DM tipo 2: de la insulinización basal a la intensificación.....	99
Encuentro con el experto 2. La importancia del diagnóstico precoz en la DMAE.....	99
Encuentro con el experto 3. El papel de la Atención Primaria en el tratamiento de la fibrilación auricular. Nuevos paradigmas en anticoagulación.....	100
Reflexión en temas de actualidad 1. Diabetes y oncología .....	100
Reflexión en temas de actualidad 2. Tipo de grasas en la alimentación y consecuencias sobre factores de riesgo cardiovascular. Evidencia clínica y consenso español.....	100
Reflexión en temas de actualidad 3. Actualización en artrosis .....	100

### Jueves, 17 de junio

Sesión práctica 2. Del ECG al ecocardiograma: taller interactivo basado en casos clínicos.....	101
Sesión magistral. El papel de los inhibidores de DPP-4 en el control glucémico integral del paciente con diabetes tipo 2 .....	101
Encuentro con el experto 4. La innovación farmacológica al servicio del paciente hipertenso y del paciente diabético.....	101
Encuentro con el experto 5. Fibrilación auricular: nuevas oportunidades para nuestros pacientes.....	101
Encuentro con el experto 6. Avances terapéuticos en diabetes tipo 2: terapias basadas en incretinas.....	102
Encuentro con el experto 7. Tecnologías de la información y desburocratización de la prescripción.....	102

Comunicaciones orales .....	103
-----------------------------	-----

Comunicaciones póster .....	143
-----------------------------	-----

Otras actividades semFYC .....	181
--------------------------------	-----

Presentación 1. Guía de práctica clínica <i>Atención integral al paciente con EPOC</i> .....	181
--	-----

Presentación 2. <i>Manual de enfermedades infecciosas en Atención Primaria</i> .....	181
--	-----

Asambleas y reuniones .....	181
-----------------------------	-----

# Descripción de actividades científicas

## Actos de inauguración

Miércoles, 16 de junio  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 1 / Auditorio 1A

### Conferencia inaugural

*Family Medicine During a Century of Medical Specialization*  
19.30-20.15 h

NOTA: la conferencia será en inglés, con traducción simultánea al castellano.

#### Profesor George Weisz

*Departamento de Estudios Sociales de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad McGill (Montreal, Quebec, Canadá).*

George Weisz es titular de la Cátedra Cotton-Hannah de Historia de la Medicina en el Departamento de Estudios Sociales de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad McGill. Es autor de ocho libros y numerosos artículos científicos. Entre sus publicaciones cabe destacar: *Divide and Conquer: A Comparative History of Medical Specialization* (Divide y Vencerás: Historia Comparativa de la Especialización Médica) (Oxford University Press, 2006).

Y, como coeditor, ha participado en:

- *Body Counts: Medical Quantification in Historical and Sociological Perspectives // La Quantification médicale, perspectives historiques et sociologiques* (La cuantificación médica: perspectivas históricas y sociológicas) (McGill-Queens Press, 2005)
- *Healing the World's Children: Interdisciplinary Perspectives on Child Health in the Twentieth Century* (Sanando el Mundo de los Niños: Perspectivas Interdisciplinarias de la Salud Infantil en el Siglo xx) (McGill-Queens Press, 2008).

Actualmente, su trabajo se centra en el surgimiento de las enfermedades crónicas como problema social, político y de directrices políticas en el siglo xx, así como en la estandarización de las prácticas sanitarias durante el siglo pasado.

### Inauguración institucional

20.15-21.00 h

## Actos de clausura

Viernes, 18 de junio  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 1 / Auditorio 1A

### Entrega de premios

17.30-18.15 h

Véase relación de premios en pág. 180.

### Clausura institucional

18.15-19.00 h



# Mesas

## MESA 1

### Ideas de unos jóvenes médicos como respuesta a las necesidades de la población

Viernes, 18 de junio / 12.00-14.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Auditorio 3A

#### Moderador:

**Manuel Sarmiento Cruz**

*Médico de familia. CS Santa Ponça, Calvià (Mallorca).*

*IB-Salut. Corresponsable de la Sección JMF de la semFYC.*

#### Ponentes:

#### 1. Cómo sobrevivir en el día a día siendo joven médico de familia

**Beatriz Llarena Rodríguez**

*Médico de familia. Centro Periférico de San Andrés,*

*Servicio Canario de Salud.*

#### 2. Qué puede hacer un joven médico de familia para mejorar la gestión de la consulta

**Eduardo Puerta Del Castillo**

*Médico de familia. GAP Tenerife. Máster en Bioética.*

*Responsable de la Sección JMF de la semFYC.*

#### 3. Qué nos devuelve la sociedad: aspectos laborales del joven médico de familia

**Juan Vicente Quintana Cerezal**

*Médico de familia. CS San Blas, Alicante. Doctor en Medicina.*

*Agencia Valenciana de Salud.*

#### Resumen

En pleno siglo XXI, y empezada ya la segunda década del siglo, el médico sigue siendo una pieza importante en la sociedad. Por otro lado, la tendencia social es cada vez más paternalista y para el que quiere ser médico de familia es fácil «seguir el camino» pautado y dirigido: estudios primarios y secundarios, bachillerato, selectividad, universidad, preparación al MIR (mayoritariamente, en una academia) y residencia. Llegado a este punto, y una vez terminada la residencia, es cuando el joven médico de familia (JMF) se puede encontrar perdido y desorientado; es aquí donde se da la paradoja en la que una «pieza social importante» es víctima del propio sistema que le ha acostumbrado a seguir una línea, un rumbo marcado, y ahora no sólo tiene que encontrarlo por sí mismo sino que, además, se siente responsable del correcto engranaje social. Son estos primeros 5 años (aproximadamente) en los que la situación laboral del JMF es inestable, muchas veces con contratos precarios y en una etapa en la vida en la que es difícil conciliar la vida familiar con la laboral.

Ante todo esto, el JMF, profesional joven, motivado, con ganas y bien preparado, es capaz de sobrevivir a jornadas laborales increíbles, de aportar una visión diferente sobre cómo gestionar la consulta y optimizar los recursos del sistema y todo ello sin victimismos pero siendo reivindicativo con su situación y pidiendo que la sociedad (y la gerencia) devuelva todo ese esfuerzo con contratos y salarios dignos y un respeto como médico de familia, como médico y como persona.

### Cómo sobrevivir en el día a día siendo joven médico de familia

**B. Llarena Rodríguez**

Una gran mayoría de los JMF optamos por trabajar en la Sanidad Pública, por muchas razones (quizá por el enorme desarrollo, por la sensación de seguridad, por la carrera profesional, por el perfil...).

#### 1. Contratos muy cortos, hasta de un solo día

«Así no me voy a complicar mucho la vida», «yo voy, paso la consulta, hago lo que pueda durante ese día y ya está», es la primera frase que todos los ex residentes nos comentamos con los contratos de corta duración.

Es difícil abordar situaciones de mayor complejidad, como pueden ser problemas sociales o familiares, cuando estás atendiendo a una población que no conoces. El paciente que acude con su malestar, su dolor o su preocupación confía en que la persona que lo trata podrá ayudarlo.

Con frecuencia el paciente lo que busca no es que le des la solución a su problema, sino que sepas cómo orientar su demanda y qué pasos seguir.

La movilidad, cada día estás en un centro distinto, obliga a llevar consigo todo el material que necesitamos.

#### 2. Contratos largos

Es lo deseable, porque además de la estabilidad laboral y económica que supone, permite que nos desarrollemos como profesionales (organizar y gestionar nuestra propia consulta). Pondremos en práctica la atención integral según el modelo biopsicosocial, que en una sola visita con un paciente probablemente no podríamos abordar, integrada, continuada y permanente, basada en el trabajo en equipo, comunitaria y participativa, programada y evaluable, docente e investigadora.

Cuidado con los contratos de sustituciones en que cada día estás en un centro distinto, incluso sin un horario fijo (a disposición del Área, en turno de mañana, tarde o guardias).

Cuando se trata de un contrato largo en una misma consulta, los inconvenientes pueden derivar de la adquisición repentina de responsabilidad y la dedicación que supone.

#### 3. Contratos en el mismo centro en que te formaste

La ventaja principal de este tipo de contratos es que conoces a los pacientes, el funcionamiento del centro, sabes a quién acudir en caso de necesitar hacer una consulta, y continúas en un centro docente.

Entre los hándicaps, que cuesta desprenderse de la «categoría de residente» tanto con los pacientes como con los propios compañeros.

Ante los pacientes pueden aparecer sentimientos como el «miedo»: a no ser valorados.

Epstein define al buen profesional: «aquel que posee un conjunto de habilidades, conocimientos y actitudes».

#### 4. Contratos en otro centro de salud distinto al que te formaste

Trabajar en distintos centros nos dará una visión más amplia de nuestro propio trabajo, tanto en formas de organización del equipo, de actividades docentes o investigadoras, de estructura de las agendas de los profesionales, de recursos diagnósticos y terapéuticos, de circuitos de atención a pacientes...

No conocer a los pacientes a veces también supone una ventaja, ya que no estamos condicionados por prejuicios de visitas previas, seremos capaces de ver a la persona que consulta.

Entre los hándicaps está la dificultad de localizar el domicilio, el desplazamiento.

#### 5. Contratos en áreas rurales

Considerar el siguiente decálogo para el médico rural sustituto de Alejandro Andreu Lope:

1. Conocer la ubicación física del consultorio local y la de los anejos (si los hubiere).
2. Hablar personalmente o por vía telefónica con el compañero al que sustituimos.
3. Contactar con los componentes de la unidad asistencial y presentarnos en la farmacia local.
4. Contactar con el personal del centro base y conocer sus aspectos organizativos, equipamiento, etc.
5. Entrar en contacto a la mayor brevedad posible con la corporación municipal. Conseguir planos de las poblaciones en las que tengamos que ejercer y una guía telefónica de uso habitual.
6. Visitar el consultorio local con «ojos de paciente» (ubicación física, señalización, dificultades arquitectónicas, tablón de anuncios, calendario, reloj, temperatura, humedad, nivel sonoro...).
7. Establecer unas pautas lo más estables posibles y comunicar con suficiente antelación los cambios por suplencias, vacaciones, cursos de formación, etc.
8. Visitar a los otros especialistas de referencia para establecer criterios comunes.
9. Intentar mejorar, vía corporación municipal, consejo comarcal o Dirección de Atención Primaria, el equipamiento de la consulta, tanto material como fungible y especialmente informático
10. Destinar, especialmente al principio, el mayor tiempo posible al paciente para elaborar una historia clínica que incluya aspectos sanitarios, sociales y familiares.

Tendrá que desplazarse todos los días a trabajar por sus propios medios, con el consiguiente gasto en combustible y en mantenimiento de su coche, ya que las gerencias no suelen reparar en estos aspectos a pesar de que suponen un gasto extra muy importante para el profesional.

#### Bibliografía

Manual de Supervivencia del JMF y Residentes de semFYC Barcelona: semfyc ediciones; 2009.

### Qué puede hacer un joven médico de familia para mejorar la gestión de la consulta E. Puerta del Castillo

Siempre que venimos tras unos días de fiesta, se genera en la consulta un aumento de la incidencia que roza a veces lo «incomprensible».

Hoy en día, los médicos de familia reflexionamos ante esta situación, y en muchas ocasiones llegamos a la conclusión de que «la población ya no sabe ni curar un simple catarro». La accesibilidad de los servicios sanitarios en los últimos años, la cercanía de los médicos a diferentes localidades, y ampliación de la cobertura sanitaria han originado que no sólo estemos cuidando a la población, sino que quizás estamos aumentando la despreocupación de ésta por su cuerpo. Por todo esto, vamos a proponer algunas técnicas de gestión de la demanda en nuestro día a día:

1. **Controlar los lunes:** quizás éste sea nuestro primer episodio. No sabemos por qué, pero tras los días de fin de semana, la alarma social aumenta, las visitas a servicios de urgencias se incrementan (por patologías reales y otras banales) y el lunes la demanda es la mayor de la semana (no siempre ocurre).

2. **La burocracia:** no es el primer lugar donde se habla de ello, en muchos foros de medicina suele hablarse. La burocracia en consulta ocupa un 60-70 % de nuestro tiempo. Las medidas antiburocracia de la semFYC están intentando paliar esta excesividad, pero aún se nota.

- Técnicas como sacar los partes de confirmación de la consulta.
- Repetir recetas en pacientes crónicos para varios meses (con lo que evitaríamos controles innecesarios).
- Consulta telefónica.
- Profesionalizar los domicilios.

- **Educación y educar:** éste es el paso más difícil y muchas veces el menos grato, porque la población cada vez se educa más para sobrecargar las consultas por su «incapacidad» al saber tratar cosas banales.

- **Nuestra Agenda:** algo se nos relata en nuestra formación como residentes sobre gestión sanitaria, pero cuando nos dan nuestro primer cupo vemos que la sobrecarga no permite muchas acciones.

Todas estas ideas las podrás ver en nuestra charla y esperamos que puedas aprender algo con ellas...

#### Bibliografía

Manual de Supervivencia del JMF de la semFYC. Barcelona: semFYC ediciones; 2009.

Medidas contra la desburocratización de la consulta en Atención Primaria. Barcelona: semFYC ediciones; 2008.

Quintana Gómez JL, Abad Schilling C, Morell Sixto ME. La gestión del tiempo en la consulta. AMF 2009;5(2):77-83.

## MESA 2

### Nuevas tecnologías en Atención Primaria. ¿La solución para viejos problemas?

Jueves, 17 de junio / 15.30-17.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 1 / Auditorio 1A

#### Moderador:

**José Manuel Soler Torró**

*Médico de familia. CS de Tavernes de la Vallidigna, Valencia.*

*Miembro del GdT del Medicamento de la SVMFIC y del*

*Comité Científico de la semFYC.*

#### Ponentes y contenido:

1. Usando las nuevas tecnologías para mejorar las coberturas vacunales del adulto

**Ariadna Mas Casals**

*Médico de familia. Directora del CAP Bufalà-Canyet, Badalona*

*(Barcelona). Miembro del grupo de vacunas GERMIAP/CAMFiC.*

2. Uso de la microscopía en la consulta de Atención Primaria. Posibilidades de organización en nuestro medio

**Carles Llor Vilà**

*Médico de familia. CS Jaume I, Tarragona. Miembro del GdT*

*Enfermedades Infecciosas de la semFYC.*

3. ¿Cómo podemos solucionar el problema de las espirometrías en Atención Primaria? Opciones mediante la aplicación de la telemedicina

**Manuela Rubio González**

*Médico de familia. CS Almaraz, Cáceres. Miembro del GdT*

*de Respiratorio de la SExMFyC.*

## Resumen

Las vacunaciones en el adulto, la microscopía o la espirometría constituyen ejemplos de oportunidades de mejora de nuestra práctica asistencial; las nuevas tecnologías nos brindan una oportunidad:

- Existen experiencias novedosas, realizadas por médicos de familia en centros de salud convencionales que, con imaginación y un mínimo esfuerzo, han servido para incrementar sensiblemente las coberturas vacunales en adultos utilizando las nuevas tecnologías (recuerdo de las vacunas del viajero a través de un SMS, *flash vacunal* en la historia clínica informatizada, etc.) que ahora ya tenemos en las consultas.
- En algunos países se utiliza la microscopía de contraste de fases desde hace muchos años para el diagnóstico de algunas enfermedades infecciosas. En concreto, distintos estudios han mostrado que la microscopía es más útil y más rápida que cualquier otro test para el diagnóstico de las infecciones del tracto urinario y, además, permite identificar el germen que lo causa. También ha demostrado ser útil para el diagnóstico de la uretritis, tanto en exudado uretral como en orina, así como para diferenciar el tipo de vaginitis y vaginosis. Otro campo de futuro es en dermatología, ya que permite diferenciar la dermatofitosis de otras alteraciones cutáneas.
- La realización de una espirometría forzada resulta crucial para evaluar las enfermedades respiratorias más frecuentes (asma y EPOC) pero tiene limitaciones importantes en Atención Primaria por su baja implantación, utilización o por la falta de calidad. Existen diferentes opciones validadas aplicables (espirometría *on-line*, espirometría controlada telemáticamente, *Office-espirometer*) que, gracias a las nuevas tecnologías, pueden facilitar su uso y su rendimiento en nuestras consultas.

## Usando las nuevas tecnologías para mejorar las coberturas vacunales del adulto

### A. Mas Casals

En los últimos años, la informatización de la atención primaria de salud ha permitido la obtención rápida de datos clínicos, farmacológicos, económicos y epidemiológicos. Los profesionales de Atención Primaria tenemos la oportunidad de aprovechar también todas las ventajas que nos ofrecen las nuevas tecnologías para aumentar las coberturas vacunales.

En el ámbito de la prevención de las enfermedades infecciosas, sus aplicaciones son múltiples: registro vacunal informatizado consultable desde otros centros, obtención de listados de pacientes por patologías, factores de riesgo o vacunados o no vacunados ante una determinada enfermedad, consulta de bases de datos clínicos hospitalarios, inserción de aviso recordatorio automático en la historia clínica para completar el calendario vacunal...

Sabemos que si sólo podemos realizar una acción para aumentar las coberturas, ésta sería el que enfermería pudiera vacunar sin una orden directa, siguiendo unos protocolos e indicaciones de la historia clínica, ya que se ha demostrado desde hace varios años que es la acción aislada más rentable<sup>1</sup>.

Afortunadamente en nuestro ámbito esto ya es una realidad asumida por enfermería en relación a las vacunas. No se necesita una orden directa para administrar las vacunas que la historia clínica informatizada señala cuándo y cómo se deben aplicar. Sus limitaciones son claras: el paciente ha de acudir a la consulta, las vacunas anteriormente administra-

das han de estar adecuadamente registradas, la interacción con episodios que pueden o pudieran contraindicar una vacuna (el síndrome de Guillain-Barré contraindica la vacuna antigripal) o hacerla innecesaria (un episodio de varicela ha de anular la orden de administrar la vacuna antivariólica) ha de ser operativa. Los calendarios vacunales incrementan día tras día su complejidad por lo que es ineludible la implantación de sistemas de actualización.

Queda todavía mucho camino por recorrer y la influencia de los sanitarios en la consulta y la relación directa con el paciente sigue siendo crucial<sup>2</sup>.

Nuestra práctica asistencial diaria precisa de la concienciación de la importancia de la vacunación del adulto. El registro vacunal en nuestros sistemas informáticos es una asignatura pendiente, especialmente en adultos jóvenes, que vienen poco a nuestras consultas y cuando acuden, suelen hacerlo en época de alta demanda, con escaso tiempo para valorar su situación vacunal. En nuestro estudio «La vacunación de los adultos jóvenes en las consultas de enfermería pediátrica: una nueva estrategia para aumentar la cobertura vacunal usando las nuevas tecnologías» (Premio Mejora de Calidad en Atención Primaria. Cataluña, 2006)<sup>3</sup> vemos que al introducir los datos de los adultos jóvenes acompañantes del niño detectamos sólo un 2,8 % de vacunados de Td (tétanos-difteria) que pasó al 52,8 % al completar el registro y al 77,6 % al ofrecer la vacunación y vacunar en el mismo acto que la revisión del niño.

En otra experiencia de nuestro grupo trabajamos sobre gestantes que acudían a clases de preparación al parto con sus parejas. La historia informatizada nos permitió actualizar el calendario vacunal de las 106 mujeres que acudieron durante 1 año a estas clases, poner un aviso electrónico en la historia para las dosis de vacunas contraindicadas durante el embarazo para proceder a su administración en el puerperio y aumentar sensiblemente el registro y la inmunización de sus parejas. Tras la intervención, el 84,8 % de las embarazadas no correctamente vacunadas aceptaron iniciar o completar la vacunación, según cada caso, así como el 58,1 % de las parejas<sup>4</sup>.

El registro de vacunas en la historia informatizada también nos permite conocer la influencia de la vacunación del propio sanitario sobre las coberturas vacunales de su población asignada. Basándonos en un estudio ya clásico<sup>5</sup> de 1996 en el que se demuestra que el énfasis en la recomendación aumenta la vacunación aun en pacientes que acudían a la consulta con una actitud negativa a vacunarse, usamos las posibilidades que nos ofrece la informática para demostrar que este énfasis sólo puede hacerse si el propio sanitario cree en la vacunación y él mismo está vacunado<sup>6</sup>. La vacunación del médico y la enfermera aumenta un 15-20 % la vacunación del paciente a cualquier edad.

El consejo del médico o la enfermera son vitales para alcanzar coberturas altas pero sin el apoyo de la historia clínica informatizada y los registros compartidos *on-line*, entre todos los actores de un acto médico, éste es poco eficiente. Debemos y podemos usar las nuevas oportunidades que nos ofrece la tecnología, con gran éxito, para aumentar las coberturas vacunales de nuestros adultos.

## Referencias bibliográficas

1. McKibben LJ, Stange PV, Sneller VP, Strikas RA, Rodewald LE; Advisory Committee on Immunization Practices. Use of standing orders programs to increase adult vaccination rates. *MMWR Recomm Rep* 2000;49(RR-1):15-26.
2. Zimmerman RK, Nowalk MP, Tabbarah M, Hart JA, Fox DE, Raymund M; FM Pitt-Net Primary Care Research Network. Understanding adult vaccination in urban, lower socioeco-

- onomic settings: influence of the physician and prevention systems. Program and abstracts of the 42nd Society of Teachers of Family Medicine Annual Spring Conference; April 29-May 3, 2009; Denver, Colorado.
3. Mas Casals A, Morató Agustí M<sup>a</sup> L, Moreno Millán N, Aresté Lluch N, Serra Torres A, Robles Raya P. Don't miss the chance to vaccine! To reduce missed vaccination opportunities and its register. 24<sup>th</sup> annual meeting of the European Society for paediatric Infectious Disease. ESPID. Basel, 2006.
  4. Prohies S, Morató-Agustí ML, Aresté-Lluch N, Robles-Raya P, Moreno-Millán N, Mas-Casals A. Tetanus vaccine in pregnancy. XV Wonca Europe conference Istambul 2008.
  5. Nichol KL, Mac Donald R, Hauge M. Factors associated with influenza and pneumococcal vaccination behavior among high-risk adults. *J Gen Intern Med.* 1996;11:673-767.
  6. Mas Casals A, Moreno Millán N, Morató Agustí M<sup>a</sup> L, Robles Raya P, de Frutos Echaniz E, Serra Torres A, ¿Influye la propia vacunación de los sanitarios en las coberturas de sus pacientes? 5º congreso de la Asociación Española de Vacunología. Pamplona, 2009.

## Uso de la microscopía en la consulta de Atención Primaria. Posibilidades de organización en nuestro medio

C. Llor Vilà

Es raro en nuestro país ver un microscopio en una consulta de Atención Primaria. No es raro, sin embargo, observarlos en unidades de enfermedades de transmisión sexual, ni tampoco en determinadas consultas hospitalarias. En algunos países europeos, principalmente en los escandinavos, el estudio microscópico es habitual y ahí, en cambio, es raro ver una consulta de Atención Primaria que no esté dotada de un microscopio. En un medio donde prima el tiempo por visita y la inmediatez del resultado, son necesarias tecnologías fáciles de utilizar y con una utilidad contrastada; en este sentido, la utilización de microscopios de contraste de fase, que permiten realzar los contornos de las células sin necesidad de utilizar tinción alguna, ha demostrado ser útil en el diagnóstico de determinadas enfermedades infecciosas. La contribución de la microscopía de contraste de fases en Atención Primaria se centra en tres patologías fundamentalmente: infecciones del tracto urinario, tría da vaginitis-cervicitis-uretritis y dermatofitosis. En países donde la microscopía se utiliza desde hace tiempo, también se emplea para el diagnóstico de otras enfermedades, como alteraciones del seminograma, en el diagnóstico de la mononucleosis infecciosa con la observación de las típicas células de McKinley y en las enfermedades hematólogicas en general, y también para confirmar una sospecha de paludismo en un paciente que regresa de un viaje al trópico y que presenta fiebre. No obstante, en estos casos es necesaria una tinción previa y aunque existen en el mercado fijadores muy rápidos y que requieren tan sólo 10 segundos, su mayor complejidad puede dificultar su aplicación en Atención Primaria.

El diagnóstico de presunción de infección del tracto urinario es clínico. La presencia de disuria y polaquiuria sin leucorrea hacen probable el diagnóstico de infección<sup>1</sup>. Sin embargo, el diagnóstico a partir de los síntomas del paciente no es exacto; Ohli *et al.*<sup>2</sup> observaron que sólo la mitad de las mujeres con síntomas de infección de orina realmente la presentan. Otro problema es que los síntomas de cistitis pueden confundirse con una infección de transmisión sexual; así, Shapiro *et al.*<sup>3</sup> publicaron que un 17,5 % de las mujeres

con síntomas de cistitis presentan en realidad una infección de transmisión sexual. En nuestro país es habitual la utilización de tiras reactivas de leucocitoesterasa-nitritos para confirmar el diagnóstico, aunque la sensibilidad de la leucocituria en el diagnóstico de la infección urinaria oscila entre el 68 y el 98 % y su especificidad es del 82 al 98 %. La positividad de los nitritos presenta una especificidad superior al 92 % pero su sensibilidad es muy amplia (35-85 %). Sin embargo, estos porcentajes han sido recientemente cuestionados ya que se trata de estudios efectuados en servicios de urgencias o en el ámbito especializado, donde la incidencia de infección urinaria es más alta y son estudios con tamaños muestrales muy pequeños<sup>4</sup>. En un trabajo efectuado enteramente en Atención Primaria se observó que la sensibilidad real de la presencia de nitritos positivos y leucocituria o sangre fue sólo del 77 %, con una especificidad del 70 %. En este trabajo, el valor predictivo positivo fue del 73 % y el valor predictivo negativo, del 92 %<sup>4</sup>. Una leucocituria positiva puede ser debida a contaminación genital y no todos los uropatógenos dan lugar a una reacción positiva de nitritos<sup>5</sup>. En otro estudio se observó, en mujeres con clínica sugestiva de infección de orina pero con tira reactiva de orina negativa, que el tratamiento antibiótico resultó ser más efectivo que el placebo para reducir la duración de la sintomatología, concretamente en 2 días<sup>6</sup>. Por todo ello, es necesario buscar otros métodos más fiables para realizar el diagnóstico de infección de orina. En Atención Primaria, su diagnóstico debería basarse en un procedimiento que pudiera llevarse a cabo por parte del propio médico y que pudiera dar el resultado mientras el paciente espera en la consulta. En algunos países del norte de Europa se emplea de forma sistemática la técnica microscópica para el diagnóstico de infección urinaria. En un estudio escandinavo se observó una alta correlación entre el diagnóstico de infección de orina con la microscopía y cultivo positivo y sólo en un 17 % de los casos se observó infección urinaria con la utilización de microscopio sin observarse bacteriuria significativa (falsos positivos)<sup>7</sup>. Estos resultados serían mejores ahora ya que la definición de bacteriuria contemplada en este trabajo era la antigua y ahora se acepta que una mujer presenta una infección del tracto urinario con más de 1.000 UFC/ml<sup>8</sup>. Otros autores han observado que la técnica de microscopía de contraste de fase con una gota de orina sin centrifugar presenta una buena validez y así lo demostraron los trabajos de Frimodt-Møller *et al.*<sup>9</sup>, Vucina *et al.*<sup>10</sup> y Ditchburn *et al.*<sup>11</sup>. La microscopía permite, además de conocer si existe infección, saber la morfología del germen que la causa (coco, como *Enterococcus* spp. o *Streptococcus saprophyticus* o un bacilo, como *Escherichia coli*) y la motilidad que presenta el uropatógeno. En este sentido, se distinguen tres tipos de gérmenes dependiendo de su grado de movilidad: aquellos que no presentan movilidad alguna, como por ejemplo *Klebsiella*; los que presentan una movilidad polar, como *Escherichia coli*, y aquellos que presentan movilidad no polar, siendo el ejemplo más claro de este último grupo *Pseudomonas aeruginosa*. Este tipo de información es sumamente útil a la hora de plantear un tratamiento antibiótico ya que las tasas de resistencia frente a los distintos antimicrobianos dependen del germen.

La microscopía también es útil en la uretritis/cervicitis. En estos casos, observamos en el exudado uretral una cifra mayor o igual a 10 leucocitos polinucleares por campo de 400 aumentos. En Atención Primaria y cuando no se pueda recoger exudado uretral, una buena alternativa consiste en tomar orina, recogiendo el primer chorro y la parte central de la micción. Si la primera parte contiene más leucocitos (> 5 leucocitos por campo con 400 aumentos) que la parte



central, apoya el diagnóstico de uretritis/cervicitis<sup>12</sup>. También es útil en la vaginitis ya que permite comprobar la presencia de leucocitos (muchos en la tricomoniasis y vaginitis candidiásica), células epiteliales y las características *clue cells* (células del epitelio escamoso de la vagina con bordes mal definidos y borrosos por la presencia de *Gardenerella vaginalis* en sus bordes), pseudohifas y esporas (en la vaginitis candidiásica) y presencia de patógenos (*Trichomonas vaginalis*). En las dermatofitosis también es útil su aplicación, ya que permite distinguirlo de otros procesos cutáneos. La presencia de pseudohifas y esporas también permite confirmar el diagnóstico de micosis cutánea.

En resumen, se describen en esta breve revisión distintas patologías que serían tributarias de un examen microscópico. No hay duda de que su mayor aplicación es en el diagnóstico de las infecciones del tracto urinario. Aunque estamos acostumbrados a utilizar las tiras reactivas, su pobre validez demostrada en nuestras consultas, así como el tiempo necesario para tener el resultado (2 minutos en la mayoría de los casos) hace que su uso debiera reemplazarse por otros métodos más efectivos y rápidos. La microscopía tarda menos que una tira reactiva y da muchísima más información. ¿Por qué no entonces utilizarla?

#### Referencias bibliográficas

1. Bent S, Nallamothu BK, Simel DL, Fihn SD, Staint S. Does this woman have an acute uncomplicated urinary tract infection? JAMA. 2002;287:2701-10.
2. Ohly N, Teece S. Accuracy of negative dipstick urine analysis in ruling out urinary tract infection in adults. Emerg Med J. 2003;20:362-63.
3. Shapiro T, Dalton M, Hammock J, Lavery R, Matjucha J, Salo DF. The prevalence of urinary tract infections and sexually transmitted disease in women with symptoms of a simple urinary tract infection stratified by low colony count criteria. Acad Emergency Med. 2005;12:38-44.
4. Little P, Turner S, Rumsby K, Warner G, Moore M, Lowes JA, et al. Developing clinical rules to predict urinary tract infection in primary care settings: sensitivity and specificity of near patient tests (dipsticks) and clinical scores. Br J Gen Pract. 2006;56:606-12.
5. Bent S, Saint S. The optimal use of diagnostic testing in women with uncomplicated cystitis. Am J Med. 2002;113:20S-8.
6. Richards D, Toop L, Chambers S, Fletcher L. Response to antibiotics of women with symptoms of urinary tract infection but negative dipstick urine test results: double blind randomised controlled trial. BMJ. 2005;331:143-7.
7. Bjerrum L, Grinsted P, Sogaard P. Detection of bacteriuria by microscopy and dipslide culture in general practice. Eur J Gen Pract. 2001;7:55-8.
8. European Confederation of Laboratory Medicine. European urinalysis guidelines: summary. Scand J Clin Lab Invest. 2000;60:1-96.
9. Frimodt-Møller N, Larsen IB, Vejlsgaard R. [Screening for bacteriuria in the laboratory: autotrak, test strips and microscopic examination compared with culture] Ugeskr Laeger. 1989;151:3062-4.
10. Vucina I, Cisterna C, Moya R, Mejías E, Rojas C. Microscopía de contraste de fase en la detección de bacteriuria. Rev Med Chil. 1989;117:163-6.
11. Ditchburn RK, Ditchburn JS. A study of microscopical and chemical tests for the rapid diagnosis of urinary tract infections in general practice. Br J Gen Pract. 1990;40:406-8.
12. Lowe S, Saxe JM. Microscopic procedures for primary care providers. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999.

#### ¿Cómo podemos solucionar el problema de las espirometrías en Atención Primaria? Opciones mediante la aplicación de la telemedicina M. Rubio González

La espirometría forzada constituye la herramienta básica para explorar la función respiratoria y, por tanto, el método principal para el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades respiratorias más frecuentes, como el asma o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La EPOC es actualmente la cuarta causa de muerte en los países desarrollados y se prevé que ascenderá a la tercera en las próximas décadas. A pesar de ello, el 73 % de los pacientes permanecen sin diagnosticar<sup>1</sup>.

La espirometría precisa de un entrenamiento efectivo que aporte la calidad necesaria para que la prueba se realice correctamente según los criterios de establecidos por la American Thoracic Society (ATS) y la European Respiratory Society (ERS)<sup>2</sup>. Sin embargo, su implantación en Atención Primaria (AP) es limitada, y su calidad es baja. Los datos disponibles, tanto en España como en otros países, revelan porcentajes bajos de maniobras realizadas correctamente<sup>3-7</sup>.

Utilizando las nuevas tecnologías como soporte del proceso, proponemos dos modelos que pueden aplicarse de forma sencilla y a bajo coste, paliando, al menos en parte, el problema de calidad de las espirometrías en AP.

• **Modelo 1:** Validez de la espirometría realizada *on-line*. Objetivos: comparar la espirometría realizada *on-line*, utilizando un técnico situado remotamente, con la espirometría convencional. Método: estudio aleatorizado, controlado y cruzado. 262 pacientes estudiados enviados desde AP al laboratorio de pruebas funcionales del hospital de referencia y distribuidos aleatoriamente para comenzar por espirometría convencional u *on-line*. El técnico, localizado remotamente, controlaba el ordenador del espirómetro y, mediante teleconferencia, dirigía la espirometría del paciente. La comparación entre ambos tipos de espirometría en cuanto a criterios de calidad se realizó por protocolo y por intención de tratar, y el grado de acuerdo por el análisis de Bland y Altman. Resultados: no existieron diferencias significativas en los valores espirométricos, ya fuera por intención de tratar o por protocolo (tabla 1). El acuerdo por Bland y Altman fue peor por intención de tratar que por protocolo. En el último, existió menor porcentaje de pacientes fuera de rango (mayor o menor de 150 ml) y mejor clasificación en los patrones obstructivo y restrictivo. La espirometría convencional obtuvo un mayor porcentaje de pacientes con criterios de calidad aunque estas diferencias fueron del 5,9 % (tabla 2). Se observó buen acuerdo interobservador e intraobservador.

Conclusiones: la espirometría *on-line* puede ser una alternativa adecuada a la espirometría de calidad realizada personalmente.

Aplicabilidad: en centros de salud pequeños, donde se realice un número escaso de espirometrías que no permita al técnico mantener una suficiencia profesional, la espirometría *on-line* puede ser un método útil a tener en cuenta.

• **Modelo 2:** La telecolaboración incrementa la calidad de la espirometría forzada en Atención Primaria. Objetivos: evaluar la utilidad de una aplicación web para realizar espirometrías de alta calidad desde el centro de salud llevadas a cabo por profesionales no cualificados en espirometrías. Método: estudio aleatorizado y controlado realizado en cinco áreas reclutando 18 centros de salud (ratio: 2 grupos de intervención por cada control) durante 12 meses. Los profesionales, sin formación previa en

Tabla 1. Valores espirométricos, número de maniobras y duración entre espirometría convencional y *on-line*

	<i>On-line</i> X±DE	Convencional X±DE
<b>Intención de tratar (N=258)</b>		
FVC, ml	3.695,2±1.050,5	3.696,8±1.047,6
FEV <sub>1</sub> , ml	2.882,9±945,2	2.878,5±941,2
FVE <sub>1</sub> /FVC, %	77,1±10,0	76,9±9,9
Nº de maniobras	5,5±1,9	5,0±1,9
Duración de la espirometría, min	7,9±3,9	7,3±3,7
<b>Protocolo (N= 206)</b>		
FVC, ml	3.745,8±1.077,3	3.734,7±1.014,6
FEV <sub>1</sub> , ml	2.886,9±933,3	2.878,6±934,4
FEV <sub>1</sub> /FVC, %	76,4±10,3	76,4±10,4
Nº de maniobras	5,0±1,7	4,4±1,6 <sup>a</sup>
Duración del procedimiento de espirometría, min	7,4±3,8	6,7±3,6

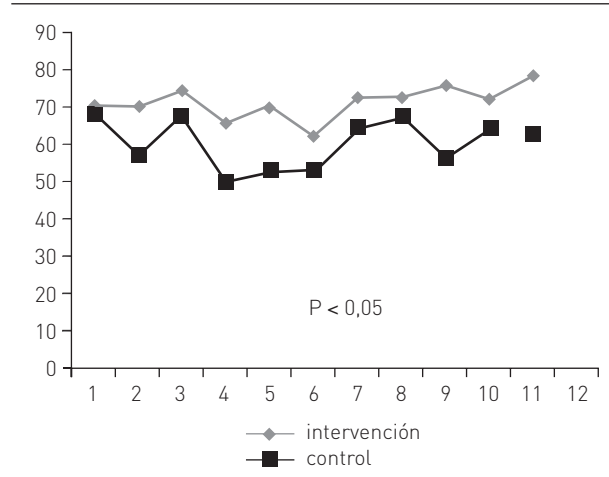
<sup>a</sup>p<0,001. X: media; DE: desviación estándar; FVC: capacidad vital forzada; FEV: volumen espiratorio forzado; FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio forzado en el primer segundo.

espirometrías, se sometieron a un curso de 2 días y posteriormente los centros se distribuyeron aleatoriamente en grupo de intervención y control. Los primeros disponían de una aplicación web con acceso a material gráfico y escrito y la posibilidad de interaccionar con los técnicos de función pulmonar que tutelaban la realización de las espirometrías. Resultados: se incluyeron 4.581 pacientes (tabla 3) y se observaron niveles similares de calidad al inicio. Tras 12 meses de seguimiento, en los centros de intervención se alcanzó un 72 % de maniobras correctas frente al 60 % en el grupo control (p<0,005) (figura 1).

Conclusión: la formación y actualización en espirometrías entre los técnicos de AP es posible mediante el uso de una aplicación basada en la web. Aplicabilidad: en centros de AP grandes, con gran volumen de espirometrías, el teletutelage puede constituir una opción para la formación y actualización de los técnicos.

Con estas opciones no se pretende suprimir la realización de una prueba que se hace de forma correcta en AP, sino intro-

Figura 1. Comparación de la evolución de los porcentajes de maniobras correctas a lo largo del estudio.



ducir modelos útiles que complementen los ya existentes y que pueden ser aplicados en casos específicos.

#### Referencias bibliográficas

- Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, Muñoz L, Duran-Tauleria E, Sánchez G, et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax*. 2009 Oct;64(10):863-8. Epub 2009 Jun 23.
- Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, et al. ATS/ERS Task Force. Standardisation of spirometry. *Eur Respir J*. 2005;26:319-38.
- Derom E, van Weel C, Liistro G, Buffels J, Schermer T, Lamers E, et al. Primary care spirometry. *Eur Respir J*. 2008;31:197-203.
- Levy ML, Quanjer P, Booker R, et al. Diagnostic Spirometry in Primary Care. Proposed standards for general practice compliant with American Thoracic Society and European Respiratory Society. *Prim Care Respir J*. 2009;18(3):130-47.
- Nabera K, De la Roza C, Lamban M, Gobartt E, Martín A, Miravittles M. Use of spirometry in the diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease in primary care. *Arch Bronconeumol*. 2006;42:638-44.
- Martinez JM, Irizar MI, Estirado C, et al. Calidad de las espirometrías realizadas en las unidades de atención primaria de la provincia de Guipúzcoa. *Atención Primaria*. 2008(40):235-9.7. Hueto J, Cebollero P, Pasca I, et al. Spirometry in primary care in Navarre, Spain. *Arch Bronconeumol*. 2006;42(7):326-31.

Tabla 2. Influencia del inicio sobre el porcentaje de pacientes con criterios de calidad espirométricos (aceptabilidad y repetibilidad)

	Inicio <i>on-line</i> N= 137		Valor P	Inicio convencional N=124		Valor P	Valor P del cambio <sup>a</sup>
	<i>On-line</i>	Convencional		<i>On-line</i>	Convencional		
Aceptabilidad, %	79,6	90,5	0,000	84,7	87,1	0,581	0,027
Aceptabilidad y repetibilidad, %	79,6	89,8	0,001	83,9	85,5	0,791	0,058

<sup>a</sup>Valor P de la comparación del cambio entre métodos *on-line* y convencional dependiendo del inicio por uno u otro método.

Tabla 3. Comparación de los valores espirométricos entre el grupo control y el de intervención

TOTAL n=4.585	Intervención	Control	p
	n=3.383	n=1.198	
FEV <sub>1</sub> (% RV) × (DE)	79 (23)	78 (22)	0,784
FVC (% RV) × (DE)	84 (12)	83 (19)	0,037*
FEV <sub>1</sub> /FVC × (DE)	0,71 (0,13)	0,73 (0,13)	0,001*

## MESA 3

## Reumatología práctica: actualización para el día a día en artrosis, reumatismos de partes blandas y osteoporosis

Viernes, 18 de junio / 15.30-17.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Auditorio 3A

### Moderador:

**José Sanfélix Genovés**

Médico de familia. Reumatólogo. CS Nazaret, Valencia. Miembro del GdT de Reumatología de la SVMFiC y del GdT Patología del Aparato Locomotor de la semFYC.

### Ponentes y contenido:

1. ¿La artrosis puede mejorar? ¿Hacemos lo que podemos?

**Alejandro Tejedor Varillas**

Médico de familia. EAP Las Ciudades, Madrid. Coordinador del GdT Patología del Aparato Locomotor de la semFYC.

2. Los reumatismos de partes blandas: una patología más dura de lo que parece

**Xavier Mas Garriga**

Médico de familia. EAP Sta. Eulàlia Sud (ICS), L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Coordinador del GdT de Reumatología de la CAMFiC.

3. Osteoporosis: a quién, cuándo y con qué podemos tratar

**Vicente Giner Ruiz**

Médico de familia. Reumatólogo. CS Ciudad Jardín, Alicante. Coordinador del GdT de Reumatología de la SVMFiC. Miembro del GdT Patología del Aparato Locomotor de la semFYC

### Introducción

La patología médica del aparato locomotor, el reuma, es uno de los motivos más frecuentes de consulta en Atención Primaria. El carácter crónico de alguno de sus procesos, y la tendencia a recaer de otros, aumenta la frecuentación de los pacientes con este tipo de patología y puede dificultar la relación médico-paciente.

Con esta Mesa queremos contribuir a facilitar el trabajo diario en este campo. Para ello, se han escogido tres patologías que son motivo frecuente de consulta y con un denominador común: pueden deteriorar, en mayor o menor grado, la calidad de vida de quien las padece y la del médico que las ha de manejar, si no se siente cómodo con ellas:

- Por una parte, el dolor mecánico, reflejo de una patología degenerativa articular (artrosis) o de partes blandas (tendinitis, bursitis, etc.).
- Por otra parte, una enfermedad sin dolor, la enfermedad osteoporótica, pero con una consecuencia natural, la fractura osteoporótica, que comporta una morbilidad y mortalidad de considerables consecuencias personales, sanitarias y sociales.

De las tres, se revisan y actualizan los conocimientos necesarios para su manejo adecuado en Atención Primaria, con especial énfasis en propuestas prácticas útiles en el día a día.

¿La artrosis puede mejorar? ¿Hacemos lo que podemos?

**A. Tejedor Varillas**

Dado el aumento en la esperanza de vida y el envejecimiento de la población, se prevé que la artrosis sea la cuarta causa de discapacidad en el año 2020 (Boletín OMS, 2003).

### ¿Cómo están nuestros pacientes con artrosis?

Para responder a esta pregunta podemos analizar los resultados del *Estudio ARTRO-Pro Percepción del beneficio clínico y calidad de vida en pacientes con artrosis de cadera y rodilla. Evaluación de una intervención basada en un seguimiento proactivo por los médicos de atención primaria ARTRO-Pro*. (semFYC, 2008) Estudio multicéntrico, prospectivo, aleatorio, de grupos paralelos y por conglomerados. Con una muestra de 4.076 pacientes (2.868 casos y 1.208 controles) Media de edad 68,7 años ( $\pm 9,67$ ), con 1.361 médicos de Atención Primaria participantes. Media de edad 68,7 años ( $\pm 9,67$ ). Los resultados más importantes encontrados en este estudio son los siguientes:

- La comorbilidad en estos pacientes es elevada, siendo las enfermedades concomitantes más frecuentes: hipertensión arterial (73-76%), diabetes mellitus (33-37%), hernia de hiato o reflujo gastroesofágico (33-36%), dispepsia o úlcera péptica (27-32%).
- Los pacientes artrósicos puntúan mal de forma muy significativa en las escalas de dolor EVA, disfunción y calidad de vida (S-F23 y WOMAC).
- Programas de salud específicos que contemplen el abordaje de las patologías osteoarticulares causantes del dolor osteoarticular crónico a semejanza de otras enfermedades crónicas (DM, HTA, EPOC, etc.) con la inclusión de registros homogéneos y cuestionarios que evalúen en el tiempo no sólo el grado de dolor, sino también la pérdida funcional y el impacto sobre calidad de vida del paciente, consiguen mejores resultados que la estrategia de fomentar la formación continuada clásica sin generar herramientas específicas para su aplicación en la práctica clínica diaria. Es decir, disponer de un sistema de retroalimentación que le haga conocer, cuestionarse e intentar mejorar su práctica clínica habitual sin dejarle caer en la inercia clínica.

### Problemática actual: cómo mejorar la artrosis: propuestas

1. Diagnóstico y clasificación: *formación, actualización.*

Necesitamos disponer de una línea de formación y actualización en artrosis y dolor osteoarticular crónico que permita al médico de familia una ágil y certera aproximación diagnóstica y terapéutica frente a la artrosis, que genere una estrategia de abordaje y tratamiento integral en todas las dimensiones de la enfermedad, no sólo en dolor, que resulte más eficaz para el paciente artrósico.

2. Evaluación de la enfermedad e impacto multidimensional.  
• **Objetivarlo:** *historia clínica: necesidad de registros y protocolos específicos.*

Debemos progresar en diseñar y disponer de una historia clínica con registros y protocolos de actuación específicos ante las enfermedades osteoarticulares crónicas, para poder analizar y conocer cómo se está realizando el proceso de atención, y el grado de efectividad de nuestras intervenciones.

• **Medirlo:** *utilización de escalas y cuestionarios.*

Si no podemos analizar lo que hacemos y medir resultados en artrosis, difícilmente seremos capaces de detectar las deficiencias y diseñar medidas de intervención para la mejora del proceso de atención que realizamos de forma rutinaria. Deberíamos, de forma progresiva, implementar la utilización en la consulta de escalas y cuestionarios relacionados con dolor, funcionalidad, discapacidad y calidad de vida (EVA, WOMAC, SF-12, Mc-Gill, ERCV, etc. simplificados y adaptados a nuestra población a semejanza de lo que se hace actualmente con otras enfermedades crónicas de alta prevalencia e impacto en la población (HTA, DM, dislipemias, etc.).

3. **Tratamiento.** *Formación. Actualización. Guías de práctica clínica. Consensos*

• **Intervenciones farmacológicas:** principios activos. Asociaciones. Interacciones, Seguridad. Tolerancia. etc.

Disponer de un adecuado grado de conocimiento y actualización sobre el amplio arsenal terapéutico disponible para el tratamiento de la artrosis, fundamentalmente de los principios activos disponibles, sus características farmacoterapéuticas, pautas de manejo, asociaciones, etc. nos debería conducir a una utilización más eficaz y segura y, probablemente, a mejorar la adecuación de las pautas de uso habituales de dichos principios activos.

- Intervenciones no farmacológicas. Niveles de evidencia. Conocer las posibles intervenciones no farmacológicas disponibles ante la enfermedad artrósica (ultrasonidos, hidroterapia, acupuntura, etc.) sus niveles de evidencia e indicaciones, nos ayudara a poder informar al paciente con un adecuado respaldo científico-técnico y al propio paciente a no buscar alternativas en la paramedicina o el curanderismo oportunista.

#### 4. Abordaje global del paciente con artrosis. *¡No fragmentar la atención!*

- Artrosis y comorbilidad.
- Artrosis y polimedicación.
- Artrosis y seguridad: secundarismo. Yatrogénica.
- Artrosis y paciente: umbral, susceptibilidad individual, etc. No debemos cometer el error de intentar tratar el dolor de forma aislada olvidándonos del resto de características del paciente: debemos trabajar con un plan individualizado para cada paciente contemplando especialmente su comorbilidad, polimedicación, tolerancia respuesta y objetivos deseados.

#### 5. Abordaje integral: *modelo de abordaje biopsicosocial*

Tratar al paciente con artrosis no sólo es plantear objetivos en dolor, sino contemplar el impacto del dolor más allá de lo puramente orgánico, es decir, en sus aspectos biopsicosociales.

#### 6. Abordaje coordinado. *Modelo de abordaje intermultidisciplinar*

La estrategia de realizar un abordaje inter-multidisciplinar de la enfermedad artrósica en todas sus dimensiones, cada vez debe ser más compartida por todos aquellos que intervienen en su tratamiento: medicina de familia, reumatología, traumatología, rehabilitación, unidades del dolor, geriatría, salud mental, etc.).

#### Bibliografía

- Carmona L. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Capítulo V: Artrosis. Madrid: MSD y Sociedad Española de Reumatología; 2001. p. 61-75.
- EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis (ESCISIT). *Ann Rheum Dis.* 2005;64:669-81.
- EULAR evidence based recommendations for the management of knee osteoarthritis (ESCISIT). *Ann Rheum Dis.* 2003;62(12):1145.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Osteoarthritis: national clinical guideline for care and management in adults. Londres: NICE, 2008. Disponible en: [www.nice.org.uk/CG059](http://www.nice.org.uk/CG059).
- Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ* 2003;81:646-56.

Los reumatismos de partes blandas: una patología más dura de lo que parece

X. Mas Garriga

Desarrollaremos la ponencia en tres apartados: abordaremos las principales dificultades del estudio de los reumatismos de partes blandas (RPB), aportaremos algunos datos indicado-

res de su impacto en nuestras consultas y realizaremos una síntesis de evidencias en los RPB que más atendemos en Atención Primaria (AP) con la intención de ofrecer algunas recomendaciones sobre su manejo.

El título de esta ponencia es intencional: el enunciado sugiere que este grupo de trastornos es considerado banal («blando»), con poco impacto o que recibe menor atención de la que merece. Sin embargo, los RPB presentan algunas características que les confieren complejidad: fisiopatología aún incierta (¿inflamación o hiperplasia angiofibrodisplásica?!), impacto sobre los pacientes, las dificultades que entraña su estudio y la falta de evidencias firmes en torno a su manejo. No suele hablarse de los RPB en congresos, mesas o foros (en los últimos 5 años en congresos semFYC solamente se han presentado 10 comunicaciones sobre RPB); existen pocos estudios epidemiológicos con datos de incidencia o prevalencia o de repercusión que reflejen su impacto (el conocido estudio Episer no los menciona y en las encuestas de salud no suele desglosarse el término «patología musculoesquelética» en sus diferentes trastornos específicos); además, los estudios disponibles difieren en las patologías que incluyen (p. ej., el estudio de Ballina en Asturias incluye la fibromialgia), hecho que dificulta su interpretación. Por otra parte, no hay registros fiables de actividad asistencial ligada a estos diagnósticos, ni en AP ni en consultas externas hospitalarias, y los registros de actividad quirúrgica sólo representan la «punta del iceberg» del problema.

Diversas dificultades aparecen a la hora de estudiar los RPB desde el punto de vista de la evidencia científica: se trata de un grupo de patologías muy diversas, que abarca desde tendinitis hasta neuropatías por atrapamiento. Los estudios son muy heterogéneos, hecho especialmente relevante en el hombro doloroso, donde los criterios diagnósticos y de inclusión y las variables de resultado son extremadamente diversas, dificultando la práctica de metaanálisis y la generalización de conclusiones. Además, la mayoría de ensayos con RPB tienen sólo un tiempo de seguimiento a corto o medio plazo, cuando estamos hablando de patologías con un curso que puede ser prolongado y una tendencia tanto a la autorresolución como a la recidiva.

Queremos aportar algunos datos que pueden ilustrar su impacto en consultas de AP y su repercusión sobre los pacientes. Para ello, podemos recurrir a algunos indicadores: los RPB representan el 40 % de la actividad de fisioterapia-rehabilitación por enfermedades musculoesqueléticas en Cataluña, el mismo porcentaje que el dolor de espalda. Además, algunos RPB agrupados (tenosinovitis y síndrome del túnel carpiano) ocuparon el segundo lugar en número de bajas por enfermedad osteomuscular en Cataluña durante 2007, precedidos por el dolor de espalda, y el primer lugar entre las causas de baja por enfermedad profesional. Por otra parte, en un estudio reciente en consultas de AP (datos personales no publicados) en el que se realizó un seguimiento sobre pacientes atendidos por nuevos episodios de RPB, reclutados durante 6 meses y con un seguimiento evolutivo también de 6 meses, se registraron 134 casos, cuyas 294 visitas por aquel motivo en el período de estudio representaron el 3,2 % del total de citas previas, lo que permite una estimación de 5 visitas semanales, o 1 diaria, en una consulta de 30 pacientes diarios. Casi un 25 % de los pacientes presentaban una recidiva y aunque la mitad consultó tardíamente por sus síntomas, referían puntuaciones altas para el dolor y para la discapacidad provocada, precisando incapacidad laboral el 17 %. Además, su manejo motivó la petición de pruebas complementarias en el 41 % de los pacientes, no todas ellas con un buen rendimiento diagnóstico, y derivación al segundo nivel asistencial en el 20,1 %. Pero quizás el dato más

destacado es la evolución de estas patologías, con pocos datos publicados en la bibliografía: a los 30 días de seguimiento el 31,3 % de los pacientes están igual que en la primera visita, y sólo un 23,9 % ha conseguido una resolución completa del cuadro, mientras que a los 6 meses un 51,5 % no ha tenido aún una resolución completa de los síntomas.

¿Quién se hace cargo de estas patologías? ¿El médico de AP? ¿El traumatólogo? ¿El rehabilitador? ¿El reumatólogo? ¿Se trata de una patología «de nadie», en la que el paciente consulta a diferentes especialistas y servicios, incluido el de urgencias, con dificultades para que un profesional centralice el proceso diagnóstico o terapéutico de manera rápida y conveniente? ¿Qué puede hacer un médico de AP por su paciente con RPB? Mejorar el procedimiento diagnóstico, centralizar o integrar su manejo y ofrecerle aquellas opciones terapéuticas con mayor evidencia de eficacia.

– **Hombro doloroso.** Patología especialmente compleja en su diagnóstico y manejo: el estudio de Schellingerhout<sup>2</sup> demuestra la falta de homogeneidad en cuanto a los criterios diagnósticos de los diferentes subgrupos, hecho que dificulta su estudio y proporcionar recomendaciones terapéuticas. A la luz de los sucesivos metaanálisis y revisiones publicadas, continuamos sin evidencia sólida de eficacia para cualquiera de las opciones terapéuticas disponibles. Si bien el metaanálisis de Arroll-Goodyear sobre infiltraciones con glucocorticoides (IG) de 2005 parecía conferirles algunas ventajas, un ensayo clínico reciente cuestiona su eficacia al no encontrar diferencias significativas entre la inyección local y la sistémica<sup>3</sup>. En cuanto a la seguridad de las IG, destaca la aparición de un ensayo que aporta luz a la controversia sobre el posible efecto deletéreo sobre el tendón que podría facilitar su ruptura: por primera vez se supera la experimentación animal y aparece un estudio de cohortes retrospectivo que demuestra la ausencia de rupturas tendinosas iatrógenas por IG<sup>4</sup>.

– **Neuropatías por atrapamiento.** En el síndrome del túnel carpiano, la evidencia actual de eficacia y seguridad es favorable a las férulas y la IG<sup>5</sup>. Esta última alternativa tendría una eficacia similar a la cirugía en un plazo de 12 meses. Para su diagnóstico en AP no es imprescindible la realización de estudios de conducción y la ultrasonografía parece tener un rendimiento inferior. En la meralgia parestésica y el neuroma de Morton, la IG y la cirugía descompresiva son las mejores alternativas.

– **Epicondilitis.** No hay nuevos datos que amplíen las conclusiones de los estudios de Smidt (2002) y Bisset (2006)<sup>6</sup> según los cuales, aunque las IG serían la alternativa más eficaz a corto plazo, la fisioterapia lo sería a largo plazo (sin diferencias frente a una actitud expectante). ¿Qué opción preferiría el paciente? Durante 2010 se esperan las conclusiones de dos ensayos (Coombes y Olausson) que valoran la eficacia de la IG combinada con fisioterapia. A la luz de recientes ensayos, la toxina botulínica podría ser una alternativa de similar eficacia a la cirugía en casos crónicos.

– En las **tendinopatías de la mano** (tenosinovitis flexora y de DeQuervain) destaca la ausencia de estudios suficientes, así como sus limitaciones metodológicas. Sin embargo, la balanza es favorable al tratamiento con IG extra-sinoviales y cuando éstas fracasan o en diabéticos, a la cirugía<sup>7,8</sup>.

– En la **trocantéritis** se repite la confusión terminológica propia del hombro doloroso, destaca la falta de una herramienta diagnóstica que pueda ser utilizada como referencia y aunque muchos estudios adolecen nuevamente de rigor metodológico, destaca el retrospectivo de Lievens,

que encuentra mejor evolución a 5 años en aquellos pacientes que fueron sometidos a una IG<sup>9</sup>.

– **Fascitis plantar.** Se dispone de evidencia limitada para la mayoría de opciones terapéuticas, que aportarían un beneficio discreto. El primer escalón de tratamiento contempla la corrección de los factores biomecánicos predisponentes, los ejercicios de estiramiento y las ortesis. Las IG y de toxina botulínica pueden tener resultados beneficiosos<sup>10</sup>.

Por último, cabe destacar que bajo el foco de una nueva orientación sobre la fisiopatología de estos trastornos (displasia angiofibroblástica), aparecen prometedoras alternativas terapéuticas de futuro, como los ejercicios de estiramiento excéntrico, la escleroterapia o los parches de NO<sub>2</sub><sup>11</sup>.

## Referencias bibliográficas

1. Kaeding C, Best TM. Tendinosis: Pathophysiology and Nonoperative Treatment. *Sports Health: A Multidisciplinary Approach*. 2009;1:284.
2. Schellingerhout JM, Verhagen AP, Thomas S, Koes BW. Lack of uniformity in diagnostic labeling of shoulder pain: time for a different approach. *Man Ther*. 2008(13):478-83.
3. Ekeberg OM, Bautz-Holter E, Tveita EK, Juel NG, Kvalheim S, Brox JI. Subacromial ultrasound guided or systemic steroid injection for rotator cuff disease: randomised double blind study. *BMJ*. 2008;337:a3112.
4. Bathia M, Singh B, Nicolaou N, Ravikumar KJ. Correlation between rotator cuff tears and repeated subacromial steroid injection: a case-controlled study. *Ann R Coll Surg Engl*. 2009;91:414-6.
5. Bland JDP. Carpal tunnel syndrome. *BMJ*. 2007;335:343-6.
6. Bisset L, Beller E, Gwendolen J, Brooks P, Darnell R, Vicenzino B. Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomised trial. *BMJ*. 2006;333:939.
7. Peters-Veluthamaningal C, Van der Windt DAWN, Winters JC, Meyboom de Jong B. Corticosteroid injection for de Quervain's tenosynovitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No: CD005616. DOI:10.1002/14651858.CD005616.pub2.
8. Chambers RG Jr. Corticosteroid injection for trigger finger. *Am Fam Physician*. 2009 Sep 1;80(5):454.
9. Lievens A, Bierma-Zeinstra S, Schouten B, Bohnen A, Verhaar J, Koes B. Prognosis of trochanteric pain in primary care. *Br J Gen Pract*. 2005;55:199-204.
10. Crawford F, Thomson CE. Interventions for treating plantar heel pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan 20;(1): CD000416.
11. Andres BM, Murrell GA. Treatment of tendinopathy: what works, what does not, and what is on the horizon. *Clin Orthop Relat Res*. 2008 Jul;466(7):1539-54. [on](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jor.21539)

Osteoporosis: a quién, cuándo y con qué podemos tratar

V. Giner Ruiz

## Introducción

La fractura osteoporótica (FO) y sus secuelas de morbimortalidad son los sucesos relevantes de la osteoporosis (OP). Disponer de criterios clínicos sencillos y asequibles para identificar quién tiene riesgo de fractura y decidir a quién y cuándo tratar es una cuestión básica para el manejo práctico de la osteoporosis.

## Factores de riesgo de fractura osteoporótica

Numerosos estudios de cohortes han demostrado que en el origen de la OP intervienen diferentes factores de riesgo

(FR). Los descritos son muy numerosos. Algunos de los asociados con un aumento significativo del riesgo de FO son: FO previa (clínica o morfométrica); edad: mayor de 65 años sobre todo en mujeres; escasa masa ósea; historia de FO de cadera en familiar de primer grado; índice de masa corporal < 19 kg/m<sup>2</sup>; riesgo alto de caída.

### Estrategia de selección de pacientes con riesgo de fractura osteoporótica

La estrategia de selección se basa en la búsqueda activa de casos con FO previa u otros FR de fractura. De los FR de fractura mencionados sólo dos no se pueden obtener por la anamnesis y requieren una estrategia especial: presencia o no de FO previa y escasa masa ósea.

#### 1. Fractura osteoporótica previa

La presencia de FO es un factor de riesgo elevado de sufrir nuevas fracturas. Las FV, tanto clínicas como asintomáticas (morfométricas) muy frecuentemente no se diagnostican; esta falta de diagnóstico lleva a no tratar a pacientes con un riesgo alto de tener nuevas fracturas vertebrales y no vertebrales.

El diagnóstico de FV es radiológico. La disminución de la altura del cuerpo vertebral en cualquiera de sus muros: anterior, medio o posterior del 20 % o superior se considera una fractura vertebral.

Las fracturas sintomáticas deben sospecharse, clínicamente, en personas con factores de riesgo de fractura y dorsalgia o lumbalgia agudas, dorsalgia o lumbalgia crónicas, disminución documentada de la altura corporal de 2 cm de estatura reciente o de 4 a 6 cm de la talla de la juventud.

Para catalogar una FV como FO es necesario realizar el diagnóstico diferencial con otras causas de fractura: traumáticas, neoplásicas e infecciosas principalmente. Una vez catalogada como osteoporótica, sea vertebral o en otra localización, se debe investigar si es primaria (se consideran así la posmenopáusica y la senil) o secundaria a otros procesos (infecciones, neoplasias, asociada a otras enfermedades, etc.).

#### 2. Densidad mineral ósea

La densidad mineral ósea (DMO) medida con el sistema de absorciometría radiográfica de doble energía (DXA) es un factor muy consistente de riesgo de fractura. Su especificidad es alta pero su sensibilidad baja, por lo que, en la mayoría de los países europeos, no se aconseja la realización sistemática de densitometría ósea (DO) a la población general.

### Cálculo del riesgo de fractura osteoporótica y umbral de intervención

Una vez identificados los pacientes con riesgo de FO, es necesario disponer de criterios definidos para, primero, valorar el riesgo de fractura y, segundo, decidir a quién tratar.

#### 1. Cálculo según combinación de factores de riesgo

En ausencia de antecedente de FO previa, la valoración combinada y ordenada de FR elevados, junto al valor de la DO, es un método que facilita la decisión adecuada del clínico para tratar o no a los pacientes de mayor riesgo. No existe una propuesta unánimemente aceptada.

#### 2. Cálculo mediante escalas de riesgo

La decisión de tratar o no se basa en una medida numérica (probabilidad de fractura, habitualmente a 10 años) como consecuencia de la valoración conjunta de varios factores de riesgo, incluyendo o no el valor de la DO. La más conocida es el FRAX ([www.shef.ac.uk/FRAX/index\\_SP.htm](http://www.shef.ac.uk/FRAX/index_SP.htm)) y recientemente se ha publicado la denominada QFractureScore.

([www.qfracture.org](http://www.qfracture.org)). Ninguna de las escalas está validada para su uso en España.

### Intervención

#### 1. A quién y cuándo tratar

Hay dos situaciones diferenciadas que se presentan en la práctica clínica:

- Pacientes con FO previa. La mayoría de las guías recomiendan tratar a todas las mujeres posmenopáusicas que hayan tenido, después de los 50 años, una fractura por fragilidad, especialmente si ha sido de cadera o vertebrales (tanto clínicas como morfométricas).

- Pacientes sin FO previa y con FR: En la tabla 1 se expone una de las propuestas con combinación de los FR. Es muy relevante la diferente valoración para antes y después de los 65 años, para evitar tratamientos poco costo-efectivos: antes de los 65 años la prevalencia de cualquier FO es baja y los criterios para tratar con antirresortivos o neofrmadores son más restrictivos. No se recomienda utilizar los valores de la DO como único criterio para decidir tratar o no.

#### 2. Con qué tratar: criterios de selección de fármaco

- Lugar de acción y la fractura que pretendemos evitar (no todos los fármacos tienen acción sobre la cadera).

- Nivel de evidencia disponible.

- Contraindicaciones y efectos secundarios.

- Tiempo de uso clínico en la comunidad que asegura un mayor conocimiento de efectos no deseados con la consiguiente mejora de la seguridad.

- Medida en la que el fármaco, o asociación de fármacos, puede favorecer el cumplimiento terapéutico.

- Precio.

El tratamiento debe asegurar siempre la ingesta adecuada de vitamina D y calcio.

### Bibliografía

- Brown JP, Fortier M, Frame H, Lalonde A, Papaioannou A, Senikias V, et al. Canadian consensus conference on osteoporosis, 2006 update. *J Obstet Gynaecol Can.* 2006;28 Suppl 1:S95-S112.
- 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 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;208(Supl 1):1-24. Disponible en: [http://www.seiomm.org/documentos/Rev\\_Clin\\_Esp\\_Guias\\_SEIOMM.pdf](http://www.seiomm.org/documentos/Rev_Clin_Esp_Guias_SEIOMM.pdf)
- Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Diagnosis and Treatment of Osteoporosis, 2006. Disponible en: <http://www.icsi.org>
- 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.
- National Osteoporosis Foundation. Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. [Web Page]. 2008. Disponible en: <http://www.nof.org/>
- Sanfélix J, Giner V, Carbonell C, Pérez A, Redondo R, Vargas F. Osteoporosis. Manejo en Atención Primaria. Sanfélix J, Giner V, editores. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Barcelona, 2008.
- Traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique. Disponible en: 2006. [www.afssaps.sante.fr](http://www.afssaps.sante.fr)

Tabla1. Criterios para tratar en función de la presencia de factores de riesgo

Edad ≤ 65 años	Clasificación densitométrica de la OMS	Edad > 65 años
	Osteopenia (Puntuación T entre -1 y -2,5 DE)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar medidas preventivas a todos</li> <li>• No TF</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar medidas preventivas a todos</li> <li>• En general, no TF</li> <li>Considerar tratar si puntuación T menor de -2 DE asociada a otros factores de riesgo de fractura :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- a más edad, más riesgo</li> <li>- y/o antecedentes maternos de FO</li> <li>- y/o bajo peso (IMC &lt; 19 kg/m<sup>2</sup>)</li> <li>- y/o riesgo alto de caída</li> </ul> </li> </ul>
	Osteoporosis (Puntuación T igual o menor de -2,5 DE)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• TNF a todos</li> <li>• Valorar TF junto con el paciente, esencialmente cuanto menor sea la DMO y sobre todo si presentan además:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- antecedentes maternos de FO</li> <li>- y/o bajo peso (IMC &lt; 19 kg/m<sup>2</sup>)</li> <li>- y/o riesgo alto de caída</li> </ul> </li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• TNF a todos</li> <li>• Recomendar TF esencialmente cuanto menor sea la DMO y a mayor edad<sup>a</sup>. Sobre todo si presentan además:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- antecedentes maternos de FO</li> <li>- y/o bajo peso (IMC &lt; 19 kg/m<sup>2</sup>)</li> <li>- y/o riesgo alto de caída</li> </ul> </li> </ul>

<sup>a</sup>En la mayoría de las guías se recomienda tratar a todos; valorar la esperanza y calidad de vida.

DMO: densidad mineral ósea; FO: fractura osteoporótica; FR: factor de riesgo; IMC: índice de masa corporal; TF: tratamiento farmacológico; TNF: tratamiento no farmacológico.

Tomada de: Sanfélix J, Giner V, Carbonell C, Pérez A, Redondo R, Vargas F. Osteoporosis. Manejo en Atención Primaria. Sanfélix J, Giner V, editores. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Barcelona, 2008.

#### MESA 4

### Atención al paciente crónico.

#### El paciente experto

Jueves, 17 de junio / 12.00-14.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Auditorio 3A

#### Moderadora:

M.<sup>a</sup> Eugenia Azpeitia Serón

Médico de familia. Psicoterapeuta. UAP Salcedo-Lamarón, Álava.

#### Ponentes y contenido:

1. El rol del paciente crónico como experto en grupos de autoayuda

Luis Miguel Amurrio López de Gastiain

Psicólogo clínico. Psicoterapeuta. Asociación Española contra el cáncer (AECC), Álava.

2. Paciente crónico: un reto

M.<sup>a</sup> Eugenia Barrena Guijarro

Responsable de Enfermería. UAP Gazalvide-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz.

3. Mi experiencia con una enfermedad crónica:

artritis reumatoide

Elena Sancho Panero

Paciente de la Asociación de Artritis Reumatoide de Álava.

#### Introducción

La población ha prolongado notablemente su expectativa de vida en las últimas décadas y, como consecuencia, la preva-

lencia de personas que padecen enfermedades crónicas va en aumento. A esto se asocia la dependencia funcional que conlleva, constituyendo un factor que contribuye a aumentar la vulnerabilidad de un grupo de población que requiere cuidados adaptados a sus muy especiales necesidades de salud. Sabemos que el reto de la cronicidad supone actuar de forma proactiva sobre los determinantes de la salud que inciden en su aparición, pero también debemos subrayar, como afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS), el protagonismo esencial que tiene una actitud activa del paciente en todos los procesos relacionados con las enfermedades crónicas. El objetivo de esta Mesa es debatir sobre la necesidad de devolver la responsabilidad a los ciudadanos en el cuidado de su salud a través de la capacitación/educación de los mismos y familiares, en un nuevo modelo de relación con los profesionales sanitarios: potenciando la responsabilidad del paciente e incrementando la autonomía y el autocuidado; implicando a diferentes agentes sociales, desarrollando nuevos roles profesionales, y realizando toma de decisiones compartidas. Por otro lado, hay un interés del ciudadano por tener una mejor información sobre temas de salud, el profesional sanitario es la primera fuente de información, le siguen los medios de comunicación y, en tercer lugar, Internet. Pero no toda la información es de calidad.

#### El rol del paciente crónico como experto en grupos de autoayuda

L.M. Amurrio López de Gastiain

«Viendo mi vida pasar por culpa de mi enfermedad, vivo a contra corriente, con miedo a lo que vendrá, lucho y lucho por no dejarme apagar, no lo logrará la enfermedad, no me arrastrará.» (Anónimo)

Los pacientes expertos son enfermos crónicos cuya dolencia se encuentra estabilizada, que son capaces de entenderla, de responsabilizarse de su salud y que manejan correctamente las opciones terapéuticas marcadas por sus sanitarios<sup>1</sup>. Ex pacientes de algunas patologías también podrían ser considerados expertos para otros.

Las primeras experiencias provienen del Servicio Nacional de Salud Británico y de la Universidad de Stanford (EE UU) en la década de 1970<sup>2</sup>. En España el «Programa Paciente Experto» es una iniciativa de la Fundación Educación Salud y Sociedad<sup>3</sup>. Estos programas se dirigen a pacientes, cuidadores y profesionales sanitarios que padecen: artritis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), esclerosis múltiple, fibromialgia, depresión, ansiedad, cardiopatías, diabetes, adicciones, obesidad, cáncer, duelo, enfermedades psíquicas, etc. El paciente crónico, como experto, ejerce un rol activo en el que tiene que mostrarse respetuoso, facilitar el contacto externo e interno, la sintonía, la empatía, mostrando disponibilidad, protección y no abandono, siendo honesto, sincero, congruente, sabiendo escuchar activamente, evitando paternalismos, sin sobreproteger y sin ir de salvador. Todo ello teniendo en cuenta los principios generales de la bioética<sup>4</sup>: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Los «Programas Paciente Experto» se desarrollan en grupos que tienen como objetivo general: aumentar la salud y el bienestar, en definitiva, la calidad de vida tanto de los pacientes crónicos como de sus familiares y allegados, y cuyos objetivos específicos son:

- Permitir un espacio para el desahogo emocional e intercambiar experiencias e información con otras personas en situaciones similares.
- Conseguir que el paciente, su familia y allegados tengan un mayor grado de conocimiento de su enfermedad y de los tratamientos, haciéndose los pacientes más responsables de su autocuidado.
- Identificar, expresar y afrontar aquellos pensamientos, emociones, síntomas físicos y comportamientos relacionados con la dolencia.
- Aprender a interactuar positivamente sobre su entorno sociofamiliar, conociendo los recursos comunitarios existentes, sabiendo manejar las relaciones de pareja y familiares, etc.
- Involucrarse en la toma de decisiones respecto a su enfermedad.
- Reforzar positivamente todos aquellos aspectos relacionados con su cuidado y que fomenten una buena adaptación al problema que manifiestan.
- Disminuir el número de visitas a los profesionales sanitarios de Atención Primaria, el número de ingresos hospitalarios y de visitas a urgencias.

El grupo de autoayuda en el que el paciente experto como agente activo de salud tiene un rol educador y facilitador, suele estar formado por 10-15 pacientes. Se puede estructurar en torno a 6-10 sesiones, una por semana, con una duración que oscila entre los 90 minutos a las 2,5 horas por sesión. Suelen ser homogéneos en cuanto al tipo de enfermedad y estar impartidos por uno o dos pacientes y diferentes profesionales, actuando éstos de soporte y *feedback*. Resulta interesante efectuar una evaluación preintervención y post-intervención, así como seguimientos (mensual, trimestral, semestral, anual) con el objetivo de determinar el grado de conocimientos adquiridos y su impacto en la salud, para corroborar la eficacia de cada programa.

Además, los grupos de autoayuda facilitados por un paciente crónico proporcionan una fuente importante de apoyo social y emocional a los miembros del grupo, ayudándoles a desarrollar su sentido de identidad y a superar la soledad y el aislamiento, mejorando su autocuidado y fomentando la

salud de otros. La participación en los mismos es un factor determinante para la aceptación de la enfermedad.

En la base de uno de estos programas está la enseñanza a los usuarios del manejo de cinco habilidades básicas: resolución de problemas, toma de decisiones, hacer mejor uso de los recursos sociocomunitarios, desarrollo de asociaciones efectivas con los proveedores de atención sanitaria y tomar las medidas adecuadas<sup>5</sup>.

Entre los escasos resultados obtenidos por las pocas experiencias en este campo, destacan: el aumento en la confianza del paciente para autocuidarse, la mejora en la calidad de vida y en el bienestar psicológico, el incremento de la autoestima y de la «energía» y un alto grado de satisfacción con las sesiones del programa<sup>6,7</sup>.

El «Programa Paciente Experto» del Institut Català de la Salut dirigido a pacientes con insuficiencia cardíaca consta de 9 sesiones teórico-prácticas de 1,5 horas de duración y cuyo número de participantes es de 10. Un 20,1 % mejoró los hábitos de vida y un 9,2 % los conocimientos adquiridos. A los 6 meses se ha observado una mejoría, estadísticamente significativa, de un 25 % en los hábitos de vida y de un 13,3 % en los conocimientos, respecto a los resultados obtenidos al inicio de la intervención<sup>8</sup>.

Cabe resaltar el bajo coste y alto beneficio de este tipo de intervenciones, que son unos buenos referentes para los usuarios y que complementan a los profesionales pero que jamás los sustituyen.

Una asistencia centrada en las personas las coloca al frente y en el centro de su propia atención sanitaria. El autocuidado es esencial para lograr una asistencia basada en la persona y necesita el apoyo por parte del sistema sanitario a todos los niveles. Involucrar y apoyar al paciente en la gestión de sus autocuidados a través de programas educativos, tales como «el paciente experto» y otros mecanismos de apoyo pueden contribuir a la mejor gestión de la enfermedad. Asimismo, las redes sociales de pacientes pueden desempeñar un papel en la responsabilización, educación y apoyo mutuo de los colectivos afectados<sup>9</sup>.

#### Referencias bibliográficas

1. Molina F, Castaño E, Massó J. Experiencia educativa con un paciente experto. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2008;2(4):178-80.
2. EPP. Expert Patients Programme. Disponible en: [www.expert-patients.com](http://www.expert-patients.com)
3. Programa Paciente Experto. Disponible en: [www.educacionsaludysociedad.org](http://www.educacionsaludysociedad.org)
4. Gracia D. *Fundamentos de la Bioética*. Madrid: Editorial Triacastela; 2008.
5. El Programa de Pacientes Expertos. Disponible en: [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk)
6. Plews C. Expert Patient Programme: managing patients with long-term conditions. *Br J Nurs*. 2005;14(20):1086-89.
7. Hainsworth T. A new model of care for people who have long-term conditions. *Nurs Times*. 2005;101(3):28-9.
8. González A, Fabrellas N, Agramunt M, Rodríguez E, Grifell E. De paciente pasivo a paciente activo. Programa de paciente Experto del Institut Català de Salut. *RISAI*. 2008;1(1):1-3.
9. O+berri (Instituto Vasco de Innovación Sanitaria). El resto de la cronicidad en Euskadi: Una propuesta estratégica. Documento base 2009.

Paciente crónico: un reto

M.E. Barrena Guijarro

El progresivo crecimiento de la población mayor de 65 años implica un importante aumento de la demanda de servicios sanitarios dado el amplio volumen y la multiplicidad patoló-



gica que presenta este grupo poblacional. Esto va a implicar un aumento de la patología crónica y unos cuidados adaptados a estas necesidades de salud.

Desde el informe Lalonde y posteriormente en Alma Ata, en 1978, en una reunión conjunta de la OMS y UNICEF, se establece una estrategia global de Salud para Todos.

Queda ya implícito que la orientación exclusivamente terapéutica y médica son insuficientes.

Hablamos ya de **Promoción para la salud**, de la superación de las enfermedades crónicas sobre las enfermedades infecciosas, de la relación entre ciertas conductas individuales y ciertas enfermedades crónicas. Buscamos factores de riesgo para enfermedades crónicas y esta búsqueda se centra en el comportamiento de los individuos (la epidemiología de crónicas pretende cambiar conductas individuales). Y, por supuesto, también hablamos de la Educación para la salud, que algunos definen como: «Uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva que ayuda a los individuos y/o grupos a adquirir conocimientos, sobre los problemas de salud y sobre los comportamientos útiles, para alcanzar el objetivo de salud». Y otros como: «Un proceso educativo que tiende a responsabilizar a los individuos y/o grupos, en la defensa de la salud propia y la de los otros».

Las relaciones sanitarias son extraordinariamente delicadas y complejas. El individuo que ha enfermado se ve inmerso en un mundo desconocido, con situaciones nuevas, complejas. Se siente impotente y vulnerable. Lo primero que busca son soluciones y sabemos por experiencia que en un paciente crónico éstas no son ni fáciles ni ciertas. El paciente es el protagonista, va a tener que tomar decisiones importantes, priorizar, calcular riesgos-beneficios y posibles alternativas con respecto a su salud. Desde la aparición de la Ley 41/2002 quedan claros los derechos y obligaciones en materia de autonomía del paciente, de información y documentación clínica.

En nuestras consultas recibimos cada vez con más frecuencia a pacientes más formados, con un mayor acceso a la información, que exigen sus derechos a la salud como consumidores. El paciente está cambiando y nosotros debemos estar preparados para ello. Se está dando una transición entre el paciente más pasivo a otro más activo. Y esto, en Atención Primaria, lo vamos viendo cada día, aunque varía según la ciudad, el barrio y la pirámide de población. Debemos reorientar los servicios y considerar al paciente como protagonista, con una participación activa, así mismo también favorecer la participación de la comunidad en la toma de decisiones, elaboración y puesta en marcha de estrategias.

Así, a la consulta de enfermería llega el paciente con su diagnóstico médico. Algunos conformes, otros que no se lo creen porque a ellos no les duele nada, otros enfadados por el tiempo que han tardado en llegar a un diagnóstico, porque no se les ha mandado al especialista, porque le han diagnosticado de algo con pocas pruebas, etc. Es en este momento cuando comenzamos nuestra labor. Una labor conjunta de información-educación-comunicación.

La comunicación es el primer paso importante, tenemos que ser capaces de establecer un flujo de comunicación paciente-enfermera. Si este flujo se da, conseguimos obtener: información sobre lo que saben, conocimientos, valores, creencias y, a la vez, que la información que nosotros damos llegue donde queremos. Esto nos permite centrarnos en las características particulares de cada uno y de esta forma poder realizar una buena educación para la salud, trabajando desde una perspectiva holística. Sabemos que la educación para la salud mediante el aprendizaje significativo permite que la persona aprenda desde sus vivencias y conocimientos previos pudiendo desarrollar capacidades que le permitan modificar los comportamientos propuestos. El paciente logrará un mayor

conocimiento y forma de actuar sobre su proceso lo que le llevará a ser más autónomo. Obtendrá así un mayor bienestar y control sobre su vida personal, en la toma de sus decisiones, mayor influencia en los resultados, aumento de las habilidades personales y mayor motivación y confianza. Esta autonomía nos lleva al autocuidado, que definimos como la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar. Así, el paciente es el principal responsable del cuidado de su salud. Con una colaboración estrecha con los profesionales sanitarios y demás personas (familiares, cuidadores...) encargados de atenderle, conseguirá una serie de beneficios en cuanto a: mejor manejo de síntomas, incorporación de hábitos de vida saludables, mejor comunicación sanitario-paciente, mayor cumplimiento de los tratamientos, una disminución tanto de las visitas urgentes como de los ingresos y su duración. Sabemos que al comienzo el paciente está ávido de conocimientos, de soluciones, es decir, está muy motivado. Pero con el paso del tiempo esta motivación va disminuyendo, porque no hay curación aunque sí mejoría o mantenimiento. Éste es uno de los problemas más frecuentes que las enfermeras nos encontramos a diario, la falta de motivación, lo que lleva al abandono del tratamiento en la mayoría de los casos, y no me refiero sólo al tratamiento con medicación, sino también y principalmente al de los hábitos de vida saludables. Por eso hemos de seguir incidiendo en la responsabilidad de cada uno en nuestra salud. El paciente debe conocer su enfermedad y establecer una serie de habilidades para poder afrontarla. Debemos trabajar en equipo, los profesionales deben ser la primera fuente de información, conseguir esa confianza que nos va a llevar a una relación más efectiva, más participativa, consiguiendo así un paciente experto. Creo que todos hemos oído hablar del programa del **paciente experto** de la universidad de Stanford. Supone un cambio de perspectiva en la que se reconoce que el paciente no es un mero receptor, sino que actúa, toma decisiones y puede y debe responsabilizarse de su cuidado y de su salud. Éste es el modelo anglosajón que se va instaurando en todos los países. En numerosos trabajos se ha demostrado que este programa mejora la relación sanitario-paciente, con una reducción de las visitas. También se ha demostrado una mayor adherencia al tratamiento prescrito, uno de los temas tratados específicamente en el curso. Además, los pacientes ganan en motivación y confianza, lo que les hace mejorar su sentido de autoeficacia. Es decir, quizá no consiguen un cambio conductual para desarraigar un hábito no saludable, pero al menos saben que es su responsabilidad y que está en su mano el conseguirlo.

## Bibliografía

- Biblioteca Laporte. Disponible en: [www.fdjoseplaporte.org/](http://www.fdjoseplaporte.org/) 2008
- Educación para la salud. Uspallata, Mendoza. Abril 2005.
- Jovell AJ. Conferencia: No todo lo que ignoras es mentira. SEFAP. Pamplona, 2004.
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y Documentación clínica. BOE n.º. 274 de 15/11/2002, pp. 40126-32.
- Osteba. Informe de evaluación, mejora de la atención al paciente mayor con patología crónica. Julio 2008.
- Plan estratégico para el desarrollo de la atención sociosanitaria en el País Vasco. Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. 2005.
- Programa paciente experto. Disponible en: [www.pacienteexperto.org](http://www.pacienteexperto.org)
- Univesidad de los pacientes. Disponible en: [www.universidadpacientes.org](http://www.universidadpacientes.org)

## Mi experiencia con una enfermedad crónica: artritis reumatoide

E. Sancho Panero

La gran mayoría de la población no sabe qué es esta enfermedad, y qué consecuencias tiene para el enfermo, para todo su entorno, y para la sociedad en general. Cuando tú dices por ahí que tienes AR, la gente dice:

«¿Cómo? ¿Qué tienes?; ah vale, tienes reuma, ¿no?, a lo mejor es artrosis ¿no?. Pero si tú eres muy joven...».

Todavía somos un colectivo desconocido, a pesar de que tenemos una asociación. La asociación me aporta educación sobre mi enfermedad e información sobre los recursos de los que dispongo, así como sesiones grupales con personas en mi situación y con apoyo psicológico si lo preciso; pero falta que se cumplimente una relación dinámica de ésta con el sistema sanitario y que se facilite su financiación y su difusión.

Por lo que a mí respecta, he venido aquí a explicaros cómo es mi vida con la enfermedad y cómo ha cambiado antes y después de «asumir» o si queréis, de ser «experta» en la enfermedad. Os hablo desde mis tres pilares: trabajo, familia y vida social.

### Trabajo

Como os he dicho antes, mi AR es considerada poco agresiva, así que, en cuanto al trabajo, la enfermedad me ha permitido, sobre todo al principio, ir trabajando sin demasiada dificultad.

He sido eventual durante 15 años en Osakidetza, (Servicio Vasco de Salud), esto quiere decir que mis contratos eran malos, que tenía pocos descansos y que había dificultades añadidas, como no poder coger la baja cuando los contratos eran cortos. Por ejemplo, en verano como hacías sustituciones por más de una persona y cogías la baja, te rescindían el contrato; así que tiraba para delante como podía. Cansancio, dolor... durante todos estos años no he sido consciente de lo que tenía, así que ha habido temporadas en que ni siquiera he tenido tratamiento, no porque no me lo pusieran, sino porque no me lo tomaba.

Antes de conseguir la plaza, me concedieron una minusvalía. Pensé que supondría un antes y un después para las bajas, pero casi fue peor. La gente no sólo hablaba de que me había cogido la baja, además podía decir que me habían regalado la minusvalía.

Saqué la plaza y pude elegir sitio y turno para trabajar.

Me ha costado casi 15 años no tener remordimiento ni angustia por cogerme una baja. Porque ahora sé que las bajas tengo que cogérmelas cuando estoy empezando con el dolor, no cuando ya no puedo más, entre otras cosas porque tardo mucho menos en recuperarme, sobre todo al principio.

### Familia

Imaginaos que yo no era consciente de lo que tenía, así que los que me rodeaban estaban peor que yo. Sólo sabían que siempre estaba mal, que llegaba a casa y siempre me tenía que echar en el sofá, que cuando me llamaban para trabajar no quería ir, y que de vez en cuando me entraba una angustia que me hacía llorar sin saber el porqué.

En este aspecto estoy muy contenta porque mi familia más cercana ahora conoce mi enfermedad, tengo el apoyo incondicional de mi pareja, que ha sido fundamental en la toma de conciencia, siempre está ahí, y sabe igual que yo en qué consiste la enfermedad.

Cuando tienes una enfermedad crónica, es súper importante que la gente más cercana, y más la familia, sepa lo que te

está pasando, porque si no es muy complicado manejarlo. Vivir con alguien que tiene dolor crónico no es nada fácil, y si además no comparte y no sabe lo que te está pasando, pues la situación se agrava más.

### Ocio y tiempo libre

Mi vida de ocio ha cambiado considerablemente. Al principio de diagnosticarme la enfermedad me la eché al hombro y me dediqué a viajar e incluso a trabajar y vivir en Centroamérica. A mí me dolía, pero y qué... se ignora y ya está. No eres consciente de que tu enfermedad es grave, de que no para y de que no vale para nada no hacerle caso.

Todo ese tiempo me supuso una operación de a.t.m. porque sin tratamiento la enfermedad avanza.

Ahora sigo viajando, porque nada impide seguir viajando. Pero lo hacemos de otra manera, eligiendo los destinos, los hoteles y sin tener que correr para llegar a los sitios.

También cambia la situación cuando viajas con alguien y le dices que eres minusválida. Tus amigos paran, te cuidan, y te preguntan como estás.

Pasa lo mismo cuando sales por ahí. Cuando lo dices sentados en una mesa y la gente te dice: «¿pero tú? Con lo bien que estás. Pues sí, yo; y se lo explicas y cambia radicalmente la situación.

### Conclusiones

- Sé que el desarrollo de la informática y de Internet han supuesto una auténtica revolución en el desarrollo de la medicina y, sin embargo, creo que los profesionales de la salud son poco conscientes de que nosotros, los pacientes, también podemos utilizar la red con la finalidad de consultar sobre nuestra enfermedad e incluso sobre si las pruebas diagnósticas o el tratamiento propuesto se ajusta a la práctica médica habitual en hospitales de alto nivel (Callejas, et al.,2005).
- Resulta evidente que la utilización de la red será cada vez mayor en los próximos años, además diversos estudios han evidenciado que los pacientes mejor informados cumplen con mayor adherencia las indicaciones de su médico. Por otra parte, la opinión de los enfermos tiene cada vez un mayor peso en la decisión final sobre qué tratamiento realizar en ese paciente concreto.
- Lamentablemente, Internet no es sinónimo de calidad, dado que hay muchas páginas de una calidad muy deficiente, por lo que sería importante que el médico y las asociaciones de pacientes participaran en la selección de las páginas web para su paciente y también en la elaboración de páginas informativas de calidad a través de las diferentes sociedades médicas y de los grupos de trabajo.
- Por otro lado, el Foro español de pacientes en el año 2005 (<http://www.webpacientes.org>) elaboró la Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes, que se resume como el Decálogo de los Pacientes:
  1. Información de calidad contrastada, respetando la pluralidad de las fuentes.
  2. Decisiones centradas en el paciente.
  3. Respeto a los valores y a la autonomía del paciente informado.
  4. Relación médico-paciente basada en el respeto y la confianza mutua.
  5. Formación y entrenamiento específico en habilidades de comunicación para profesionales.
  6. Participación de los pacientes en la determinación de prioridades en la asistencia sanitaria.
  7. Democratización formal en las decisiones sanitarias.
  8. Reconocimiento de las organizaciones de pacientes como agentes de la política sanitaria.

9. Mejora del conocimiento que tienen los pacientes sobre sus derechos básicos.
  10. Garantía del cumplimiento de los derechos básicos de los pacientes.
- Soy una paciente experta, porque he pasado por esta enfermedad y he demostrado ser capaz de responsabilizarme de mi salud. Además, conozco mi patología y he desarrollado mis propias herramientas que me han ayudado a gestionar el impacto físico, emocional y social y de esta enfermedad, la AR, como os he relatado anteriormente.

## MESA 5

### Medicina basada en la evidencia y práctica clínica: la visión desde la Atención Primaria

Jueves, 17 de junio / 15.30-17.30 h

Feria Valencia. Foro Norte / Salón de actos

#### Moderador:

**Rafael Rotaache Del Campo**

*Médico de familia. CS de Alza (Osakidetza), San Sebastián. Coordinador grupo de MBE de la semFYC.*

#### Ponentes:

1. Médicos de familia y medicina basada en la evidencia: ¿qué sabemos? ¿qué aplicamos? ¿por qué y para qué?

**Carlos Calderón Gómez**

*Médico de familia y sociólogo. Unidad de Investigación de Atención Primaria. CS de Alza (Osakidetza), San Sebastián.*

2. La medicina basada en evidencia: ¿sobrevivirá?

**Víctor Montori**

*Endocrinólogo. Director del programa de investigación en prestación de salud. KER Unit. Clínica Mayo, Rochester, Minnesota (EEUU).*

3. Sobre el triunfo de la ideología-MBE en la práctica clínica

**Félix Miguel García**

*Médico de familia. Instituto de Información Sanitaria de la Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social.*

#### Introducción

**R. Rotaache Del Campo**

La medicina basada en la evidencia (MBE) se ha desarrollado con una enorme fuerza desde hace ya casi dos décadas. Pero, en realidad, su propuesta fundamental, que consiste en la toma de decisiones según los resultados de la mejor investigación de acuerdo a las preferencias de los pacientes, no es ninguna novedad. De eso se trata el trabajo de un médico de familia, ¿no?

Pero la MBE también ha sido objeto de usos interesados por parte de diferentes agentes, como sociedades científicas, administraciones sanitarias, industria farmacéutica, consumidores, etc.

Esto puede justificar que la visión y la utilidad de la MBE para los profesionales ha sido variada y heterogénea. Las reacciones por parte de los profesionales sanitarios ante la MBE han sido diversas, pero la bibliografía disponible señala algunos aspectos comunes: la necesidad de una mejora en habilidades de búsqueda y lectura, y las dificultades para la implementación de la evidencia en la práctica clínica diaria, y el rechazo de los enfoques reduccionistas de la MBE.

Hasta hace poco, en nuestro entorno no se disponía de mucha información sobre los conocimientos, actitudes y vivencias de los médicos de familia hacia la MBE. En la Mesa se comentarán los resultados de una investigación que ha durado 2 años, que ha estudiado estos aspectos en los médicos de familia españoles.

A la luz de estos resultados y de la experiencia y opiniones de otras visiones del ámbito nacional e internacional, esta Mesa se plantea con el objetivo de debatir y reflexionar sobre qué puede hacer un profesional de Atención Primaria para integrar los resultados de la mejor investigación en la toma de decisiones con los pacientes.

Médicos de familia y medicina basada en la evidencia: ¿qué sabemos? ¿qué aplicamos? ¿por qué y para qué?

**C. Calderón Gómez**

En la actualidad resulta indiscutible el auge de la denominada Medicina Basada en la Evidencia (MBE) en los distintos ámbitos de la asistencia sanitaria en general y en la Atención Primaria (AP) en particular. En sus inicios, en la década de 1990, la MBE se presentó como una nueva corriente orientada a «integrar en la maestría clínica individual del médico la mejor evidencia clínica disponible a partir de la exploración sistemática de la literatura»<sup>1</sup>. Se partía, por un lado, de cuestionar las observaciones clínicas no rigurosas, la justificación fisiopatológica y la autoridad del experto como referentes del conocimiento médico<sup>2</sup>, y a su vez se proponía la necesidad de nuevas capacidades: la formulación de preguntas correctamente estructuradas, la búsqueda de la mejor evidencia accesible y la evaluación crítica del diseño, ejecución y resultados de los estudios. Desde entonces, la MBE ha vivido un gran crecimiento en relación a los medios de acceso e interpretación de la información, así como en el diseño y producción de instrumentos de ayuda y orientación a los profesionales en forma de Guías de Práctica Clínica (GPC). Sin embargo, la discusión y el debate no han dejado de estar presentes en el desarrollo teórico y práctico de la MBE. Desde el punto de vista teórico, la MBE ha sido cuestionada por su linealidad jerárquica de gradación a partir del ensayo clínico controlado y aleatorizado (ECA) como patrón de objetividad, con el consiguiente riesgo de reduccionismo en la evaluación de intervenciones sobre realidades complejas como es la atención a las personas enfermas<sup>3,4</sup>. Y a nivel práctico, la persistencia de patrones de actividad clínica contradictorios respecto de las recomendaciones de la MBE ha llevado a centrar la atención de forma repetida en el estudio de las barreras relacionadas con su implementación<sup>5,6</sup>. Las últimas propuestas más orientadas a la incorporación de los valores y preferencias de los pacientes<sup>7</sup>, así como la constatación en nuestro medio de obstáculos para su puesta en práctica derivados de las condiciones de trabajo de los profesionales (falta de tiempo, escasez de recursos informáticos o necesidad de mayor formación)<sup>8</sup>, no agotan los interrogantes acerca de las repercusiones de la MBE en la práctica clínica, en los pacientes y en los propios médicos.

En consecuencia, se consideró justificado llevar a cabo un proyecto de investigación de diseño mixto<sup>9</sup> mediante una primera investigación cualitativa multicéntrica con el objetivo de profundizar en el conocimiento de las percepciones y actitudes acerca de la MBE por parte de los médicos de familia (MF), miembros de los grupos de trabajo de la semFYC, y tutores docentes de medicina de familia. La segunda fase comprendía el análisis de los resultados de un cuestionario distribuido a una muestra aleatoria de la totali-

dad de MF afiliados a la semFYC, en cuyo diseño se tuvieron en cuenta los hallazgos provisionales del estudio cualitativo. Si bien en ambos casos las opiniones y vivencias proceden de subpoblaciones motivadas a participar en investigaciones como las que nos ocupan, los resultados de éstas conllevan determinadas áreas de reflexión que merecen ser tenidas en cuenta.

De modo similar a lo encontrado en otros contextos, la MBE es valorada en general de forma favorable, considerándose que contribuye a la mejora de la calidad de la asistencia. Pero, a pesar de ello y de contar con formación y conocimientos básicos por parte de la mayoría de los encuestados, los propios MF reconocen que un porcentaje importante de su práctica clínica no está «basada en la evidencia» y que la incorporación a ésta de los principales recursos disponibles (Cochrane Library Plus, UptoDate, Clinical Evidence, Fistera, Guíasalud, Trip Database, etc.) resulta muy desigual y en algunos de ellos llamativamente minoritaria.

También aquí se señala la falta de tiempo en el trabajo cotidiano en la consulta como uno de los factores principales que condicionarían el desarrollo efectivo de la MBE, junto con las carencias en su promoción por parte de los servicios de salud, o las dificultades de los profesionales con el inglés o la informática. Pero para una mejor comprensión del papel que desempeña el contexto en el presente de la MBE algunos de los hallazgos de la investigación cualitativa resultan especialmente pertinentes. En los discursos de los participantes, el contexto no se reduce a un listado más o menos extenso de barreras particulares del ámbito de la AP, sino que comprende elementos que tienen que ver con la organización de los servicios y sus patrones culturales, y con intereses que van más allá de lo sanitario. La MBE se vincula a la voluntad de los servicios por restringir los gastos y regular la práctica clínica, lo cual puede generar escepticismo e incluso confrontación entre gestores y gestionados cuando las políticas y las prácticas de unos y otros no se perciben lo suficientemente coherentes y rigurosas. A su vez, la MBE parece desempeñar una función reactiva o «de defensa» del trabajo clínico de los MF ante las posibles recomendaciones injustificadas del segundo nivel de atención especializada, y sobre todo de la considerada como poderosa industria farmacéutica.

Las características de las demandas de los pacientes constituyen un aspecto central del por qué y para qué de la MBE desde la perspectiva de los MF. Con gran frecuencia, dichas demandas no se corresponderían con las respuestas que la MBE aporta a través de las GPC como herramienta más comúnmente utilizada. La plurimorbilidad, el conocimiento del paciente y sus circunstancias, y la inevitable gestión de las situaciones de incertidumbre que surgen en las consultas de AP contribuyen a que la experiencia y el «arte» de la medicina se reivindicquen como parte de la buena práctica a pesar de verse excluidas de la MBE y de «lo científico». Cabría preguntarse, por tanto, hasta qué punto es posible considerar la MBE al margen no sólo de los contextos que sustentan sus finalidades, sino también del para quién es promovida y desarrollada. Y en nuestro caso, la complejidad del binomio MF-paciente en AP no debería ser olvidada.

Las expectativas respecto de las GPC y quienes las gestionan y elaboran configuran una tercera área de hallazgos y también de posibles ejes de debate. La proliferación de recomendaciones no siempre coincidentes, la participación directa o indirecta de la industria farmacéutica en su elaboración, y la configuración de un nuevo perfil de expertos «evidenciólogos» sitúan a los MF ante la «tendencia a la duda» y la sospecha, y «la necesidad de creer» en la validez de las herramientas que le llegan en forma de GPC. Herra-

mientas que se quiere que sean sencillas y operativas en las circunstancias predominantes de abundante demanda y falta de tiempo. Pero ¿qué hacemos con lo «no sencillo»? Además, ¿no se partía de la necesidad de cuestionar la autoridad de los textos avalados por los expertos?

Los retos existentes en torno a la MBE en AP son importantes y permanecen abiertos. Sería recomendable que los MF tomáramos parte activa en su resolución.

#### Referencias bibliográficas

1. Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir JA, Brian R, Scott W. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-2.
2. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. 1992;268:2420-5.
3. Jacobson LD, Edwards AG, Granier SK, Butler CC. Evidence-based medicine and general practice. *Br J Gen Pract*. 1997;47:449-52.
4. Cohen AM, Stavri PZ, Hersh WR. A categorization and analysis of the criticisms of Evidence-Based Medicine. *Int J Med Inform*. 2004;73:35-43.
5. McColl A, Smith H, White P, Field J. General practitioner's perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. *BMJ*. 1998;316:361-5.
6. Tracy CS, Dantas GC, Upshur RE. Evidence-based medicine in primary care: qualitative study of family physicians. *BMC Fam Pract*. 2003;4:6.
7. Montori VM, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine. *JAMA*. 2008;300:1814-6.
8. Sánchez MC, Madrigal M, Sánchez JA, Menárguez JF, Aguinaga E. ¿Qué pensamos los médicos de familia sobre la medicina basada en la evidencia? Un estudio con grupos focales. *Aten Primaria*. 2010. doi:10.1016/j.aprim.2009.09.030
9. Alonso-Coello P, Sola I, Rotaecche R, González AI, Marzo-Castillejo M, Louro-Gonzalez A, et al. Perceptions, attitudes and knowledge of evidence-based medicine in primary care in Spain: a study protocol. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:80.

#### La medicina basada en evidencia: ¿sobrevivirá?

V. Montori

La medicina basada en evidencia (MBE) fue un cambio de paradigma planteado hace 20 años para el aprendizaje y la práctica médica. Este paradigma, en su estadio más evolucionado, requiere el uso de experticia en la aplicación juiciosa de toda la evidencia científica pertinente a la circunstancia del paciente, teniendo en cuenta los valores y preferencias de éste con respecto a los objetivos y tácticas del tratamiento<sup>1</sup>. La MBE, entonces, requiere la revista sistemática de la evidencia con atención a sus deficiencias metodológicas, la obtención de estimados cuantitativos acerca de los riesgos y beneficios de cada opción terapéutica, y la deliberación, con el paciente, para escoger el camino más apropiado.

Existen dos aspectos de la medicina contemporánea que plantean retos para la práctica de la MBE. El primero corresponde a la corrupción del proceso de producción y publicación de la evidencia. El segundo, a la incorporación incompleta y aleatoria de los valores y preferencias del paciente en la toma de decisiones clínicas<sup>2</sup>.

La corrupción de la evidencia tiene muchas facetas. En primer lugar, existen los problemas metodológicos que introducen sesgo en las estimaciones sobre beneficio y riesgo. En segundo lugar, hay distorsiones que, al introducirse en estudios de buena calidad metodológica, dificultan la interpretación correcta de sus resultados<sup>3</sup>. En tercer lugar, existen distorsiones que son producto de la decisión de publicar o no los resultados de la investigación científica<sup>4</sup>. Finalmente,

existe el fraude. Mientras que hay estrategias para evaluar las primeras tres formas de corrupción de la evidencia, las dos últimas son más problemáticas en términos de detección y corrección. El médico que aspira a practicar MBE tiene que tener una posición escéptica con respecto a la evidencia publicada, debe sospechar en ciertas instancias sobre el sesgo de publicación, y mantenerse informado sobre indicios de fraude científico.

La incorporación de los valores y preferencias del paciente en la toma de decisiones requiere mayor inversión en investigación e innovación. Si bien los detalles pertinentes serán materia de una mesa de actualización durante el segundo día del congreso, aquí trataremos un aspecto relacionado que afecta a la MBE en un grupo específico: los pacientes con múltiples enfermedades crónicas<sup>5</sup>.

En pacientes con multimorbilidad, las guías prácticas pueden llevar a recomendaciones que, al ser llevadas a la práctica, crean una carga para el paciente, que no las puede hacer casar con las otras obligaciones y funciones que cumple en su vida diaria. Por ejemplo, el paciente con diabetes debe dedicar 142 minutos cada día para cumplir con todas las actividades de automanejo recomendadas. La carga de visitas, automanejo, exámenes de laboratorio y aspectos administrativos pueden llevar a exceder la capacidad del paciente, llevándolo a un nivel subóptimo de adherencia al tratamiento<sup>6</sup>. Bajos niveles de adherencia al tratamiento reducen la eficacia de éste, afectan a su riesgo, y alteran la razón riesgo-beneficio que justificó el tratamiento. De esta manera, la implementación de la MBE puede llevar, paradójicamente, a malos resultados.

Los dos juntos, la corrupción de la evidencia y la explosión en la prevalencia de enfermedades crónicas en el contexto de una pobre incorporación de los valores y preferencias de los pacientes y sus circunstancias, representan retos aún sin solución inmediata para la práctica de la MBE.

### Referencias bibliográficas

1. Montori VM, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine. *JAMA*. 2008;300:1814-6.
2. Montori V, Guyatt GH. Corruption of the evidence as threat and opportunity for evidence-based medicine. *Harvard Health Policy Review*. 2007;8:145-55.
3. Montori VM, Jaeschke R, Schunemann HJ, Bhandari M, Brozek JL, Devereaux PJ, Guyatt GH. Users' guide to detecting misleading claims in clinical research reports. *BMJ*. 2004;329:1093-6.
4. Montori VM, Smieja M, Guyatt GH. Publication bias: a brief review for clinicians. *Mayo Clin Proc*. 2000;75:1284-8.
5. Montori VM, Gafni A, Charles C. A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: the case of diabetes. *Health Expect*. 2006;9:25-36.
6. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ*. 2009;339:b2803.

### Sobre el triunfo de la ideología-MBE en la práctica clínica

F. Miguel García

«Desaparecidos los rasgos en que se había grabado, si no su juventud, al menos su belleza, habían intentado saber si, con la cara que les quedaba, se podía hacer otra.» (Proust, *A la busca del tiempo perdido*.)

Los ensayos clínicos y otros tipos de estudio, las medidas del efecto, la técnica estadística, la reflexión sobre validez interna y externa, el juicio racional, la práctica clínica profesional y competente, etc. son anteriores al nacimiento, en 1992, de la medicina basada en la evidencia (MBE).

La MBE es un enfoque o modo específico de lidiar con las citadas cuestiones, no el único, ni necesariamente el más acertado. Sin embargo, la MBE ha tenido desde su inicio una pretensión de hegemonía o monopolio, de constituirse en el nuevo paradigma de la medicina contemporánea. La jugada maestra ha consistido en hacer coexistir un discurso general difícilmente rebatible (porque se ha apropiado del espectro semántico de lo científico, incluyendo el aspecto antidogmático e iconoclasta, hasta el punto de que cualquier crítica a la MBE aparece como una rancia crítica a la ciencia, al progreso o a la independencia) con una práctica efectiva que es justo contraria a tal discurso.

La MBE no puede considerarse, salvo para ganar adeptos, una actitud o conducta clínica que se apoya en lo empírico y en las evidencias en lugar de en opiniones, dogmatismos o especulaciones (ésta es su prédica), sino un modo específico de manejar las evidencias. Este modo específico se enuncia clásicamente en cuatro pasos: 1) se convierten los problemas clínicos en preguntas; 2) se localiza sistemáticamente la mejor evidencia para contestarlas; 3) se evalúan críticamente las evidencias en base a su validez y utilidad, y 4) se aplican o trasladan ágilmente a la clínica. Es ésta la *tecnología-MBE*.

El paso 1 es ya el primer paso en el enfoque restrictivo MBE. Pues los problemas clínicos han de formularse mediante preguntas transformables en algoritmos de búsqueda, y como consecuencia se concibe la medicina como una entidad factorizable o atomizable en preguntas relevantes y auto-suficientes.

Horkheimer afirma en *Dialéctica de la Ilustración*: «Pues la Ilustración es totalitaria como ningún otro sistema. Su falsedad no radica en aquello que siempre le han reprochado sus enemigos románticos: método analítico, reducción a los elementos, descomposición mediante la reflexión, sino en que para ella el proceso está decidido de antemano»<sup>1</sup>.

El paso 2 se erige como el rostro más científico de la MBE: la reproductibilidad, su equivalente ético, la transparencia y su correlato funcional, la democratización; rasgo distintivo de lo científico, efectivamente, que aquí se limita (se equipara a) la exhaustividad y exactitud en la descripción del procedimiento de búsqueda y fuentes, sin percatarse que, en realidad, la reproductividad científica alude sobre todo al corazón del experimento.

Wittgenstein escribe en sus *Investigaciones filosóficas*: «La presencia del método experimental nos hace creer que ya disponemos de los medios para librarnos de los problemas que nos inquietan; cuando en realidad problemas y métodos pasan de largo sin encontrarse»<sup>2</sup>.

El paso 3, la valoración crítica (*critical appraisal*), abarca tres importantes tópicos de la idiosincrasia de la ciencia: las pruebas o evidencias, la sistematización y la objetividad o intersubjetividad. La MBE soslaya un aspecto pivotal o determinante, esto es, que las evidencias localizables son las «evidencias disponibles» y que éstas son aquellas que, quien tiene capacidad para hacerlo, ha querido que fueran las «evidencias disponibles». No es por tanto un mero problema de lagunas de evidencia. Desde el punto de vista operativo, el *critical appraisal* que la MBE propone en sus diferentes *check-list* supone básicamente una aceptación del manejo más restrictivo del modelo estadístico y epidemiológico, cuya principal función, paradójicamente, es evitar la reflexión sobre los sesgos (o hacerla de un modo teórico pero sin consecuencias reales) y destacar el hallazgo de diferencias estadísticamente significativas, con independencia de su relevancia clínica (a pesar de lo que se diga). La pretensión objetivadora se visualiza en la gradación de las evidencias, con el primado del ensayo clínico y del metaanálisis.

Adorno, en *Minima moralia*, afirma: «Los conceptos de lo subjetivo y lo objetivo se han invertido por completo. Lo objetivo es la parte incontrastable del fenómeno, su efigie incuestionablemente aceptada, la fachada compuesta de datos clasificados, en suma, lo subjetivo; y subjetivo se llama a lo que derriba todo eso, accede a la experiencia específica de la cosa, se desembaraza de las convenciones de la opinión e instaura la relación con el objeto en sustitución de las decisiones mayoritarias de aquellos que no llegan a intuirlo y menos aún a pensarlo; en suma, a lo objetivo»<sup>3</sup>.

El paso 4, la aplicación a la práctica clínica, apela al juicio clínico y a la ética profesional. Pero de esta manera: recomendaciones clínicas en forma de máximas con un lenguaje fundamentalmente prescriptivo de aspecto objetivo y pulcro, que no miente (a costa de ser a menudo impreciso, ambiguo, condicional o sostenerse en el sobreentendido) pero que no dice toda la verdad (lo que omite es tan o más importante que lo que dice). Y del lado de la ética, el profesional se ve impelido, bajo su imperativo, a ofrecer al paciente, sin dilación, la «mejor evidencia disponible».

Nietzsche, en *La gaya ciencia*, afirma: «Que sólo sea correcta una interpretación del mundo en nombre de la razón que vosotros utilizáis (...), una interpretación tal que no permite nada más que contar, calcular, pesar, ver y palpar, eso es una simpleza y una ingenuidad, suponiendo que no sea una enfermedad mental ni un idiotismo. (...) Una interpretación "científica" del mundo, como vosotros la entendéis, podría ser por consiguiente (...) la más pobre en sentidos de todas las interpretaciones posibles del mundo»<sup>4</sup>.

Consecuencia 1. Una vez logrado un resultado estadísticamente significativo en un ensayo o a través de un metaanálisis (no importa si sesgado, escaso, irrelevante, con alternativa u oscuro, basta únicamente que cumpla los requerimientos formales MBE), la maquinaria MBE se pone en marcha para trasladar las «evidencias disponibles» a la práctica clínica. Autores, revisores sistemáticos, expertos de consensos y redactores de guías de práctica clínica, estrategias y planes de salud, planes de gestión y de calidad, cuadros de mando, incentivos. No es infrecuente el incesto: los mismos autores de los ensayos participan o realizan metaanálisis, escriben las revisiones sistemáticas y participan en los grupos redactores de guías y consensos. Todo ello ha de estar institucionalizado y financiado, y lo está; es el *holding-MBE*.

Consecuencia 2. La *tecnología-MBE* ha devenido en *ideología-MBE*, ha impregnado el modo de hacer y pensar de todas las esferas implicadas en la producción de conocimiento, y no se limita ya a la chata aplicabilidad inmediata de los pasos MBE en la cabecera del enfermo; efectivamente ha logrado su objetivo: se ha constituido en un nuevo paradigma. De hecho, la crítica a los productos MBE se produce dentro del paradigma: un trabajo ímprobo que, con las mismas herramientas que utiliza la MBE, intenta laboriosamente deconstruir los excesos interpretativos que predominan, pero con un impacto escaso, tanto en el alcance de su crítica como en la difusión y penetración de sus resultados.

Foucault, en la entrevista *Verdad y poder*: «Lo que hace que el poder arraigue, que sea aceptado, es simplemente que no opera sólo como una fuerza que dice "no", sino que de hecho produce cosas, induce placer, forma saber, produce discursos; es preciso considerarlo como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social más que como una instancia negativa que tiene como función reprimir»<sup>5</sup>.

Consecuencia 3. Por sus frutos los conoceréis. Un ejemplo. La farmacología preventiva cardiovascular y de fracturas y, en general, la tecnología de la prevención, incluido el diagnóstico precoz de cánceres, descansa no sobre los datos empíricos, sino en un compacto y complejo engranaje de

creación-interpretación-sistematización-difusión que reinterpreta las «evidencias disponibles» bajo el auspicio de la tecnología, ideología y holding MBE, con la infraestructura conceptual, operativa e institucional de la MBE. La MBE no es una construcción neutra, objetiva, científica, y democrática. Es, científiforme, de enfoque restrictivo, y de parte, es decir, tiene claros beneficiarios económicos, institucionales y académicos. El giro GRADE confirma la necesidad de una infraestructura interpretativa y experta lejos de cualquier veleidad democratizadora y antidogmática.

Con Debord querríamos haber podido decir: «Aquello que nosotros habíamos comprendido no fuimos a decirlo a la televisión. No aspirábamos a los subsidios de la investigación científica ni a los elogios de los intelectuales de los periódicos. Llevábamos el aceite allí donde había fuego»<sup>6</sup>.

### Referencias bibliográficas

1. Horkheimer M, Adorno ThW. *Dialéctica de la ilustración. Fragmentos filosóficos*. Madrid: Trotta; 1997 (Ed. original de 1969).
2. Wittgenstein L. *Investigaciones filosóficas*. Barcelona: Crítica; 1988. (Ed original de 1954).
3. Adorno ThW. *Minima moralia. Reflexiones desde la vida dañada*. Madrid: Akal; 2004. (Ed. original 1951).
3. Nietzsche F. *La ciencia jovial (La gaya scienza)*. Caracas: Monte Ávila; 1985 (Ed. original 1887).
4. Foucault M. *Verdad y poder*. En: *Microfísica del poder*. Madrid: La piqueta, 1979.
5. Debord G. *Oeuvres cinématographiques complètes*. París: Gallimard, 1994. Citado en: Jappe A. *Guy Debord*. Barcelona: Anagrama; 1988.

## MESA 6

### Futuro de la Atención Primaria

Miércoles, 16 de junio / 17.00-19.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 1 / Auditorio 1A

#### Moderador:

**Pablo Bonal Pitz**

*Médico de familia. CS Bellavista, Sevilla. Presidente de la Academia de Medicina de Familia de España. Profesor Asociado, Dpto. de Medicina de la Universidad de Sevilla.*

#### Ponentes y contenido:

1. Futuro de la Atención Primaria en la docencia

**Verónica Casado Vicente**

*Médico de familia. CS Parquesol, Valladolid. Presidenta de la Comisión Nacional de MFyC. Vicepresidenta del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. Profesora Asociada, Dpto. de Medicina de la Universidad de Valladolid.*

2. El control de la historia clínica

**Ángel Ruiz Téllez**

*Médico de familia. Director de CYMAP (Concepto y Metodología en Atención Primaria). Vitoria-Barcelona.*

3. El futuro de la investigación en Atención Primaria

**Vicente Gil Guillén**

*Médico de familia. CS San Blas, Alicante. Profesor titular y director de la Cátedra de Medicina de Familia del Departamento de Medicina Clínica de la Universidad Miguel Hernández, Elche (Alicante). Responsable de la Unidad de Investigación del Departamento de Elda (Alicante).*

#### 4. ¿Por qué lo llaman desarrollo profesional cuando quieren decir...?

Juan Simó Miñana

Médico de familia. CS de Ansoain, Navarra. Plataforma 10 minutos.

#### ¿Quién nos atenderá como pacientes?

P. Bonal Pitz

El paso del tiempo nos hará a casi todos los médicos de familia actuales pacientes de un centro de salud, y el ser parte implicada nos dificulta el reflexionar en ello. Además, en la actualidad son múltiples las barreras profesionales y académicas que ahora percibimos en la Atención Primaria (AP), y es imposible encontrar una «bola de cristal» que nos adivine su futuro, cualquier propuesta en tal sentido no pasaría de la simple anécdota o comentario más digno de una conversación informal. Por lo tanto, no es fácil especular, como parte implicada, sobre el futuro de la AP y sus profesionales médicos, y a la vez evitar caer en la tentación de elaborar una lección de agravios profesionales, de reproches por promesas incumplidas, de la constatación de la minusvaloración social y profesional de los servicios de AP y de sus profesionales, la gran mayoría médicos de familia.

Sin restarle importancia a lo referido anteriormente, la actual situación en los centros de salud, con respecto a las expectativas en los inicios la reforma de la APS, no se corresponde a lo esperado debido a la falta de compromiso político real con la estrategia de «Salud para todos en el año 2000», y la consecuente ausencia de priorización de sus objetivos de establecer la APS como la base y el centro de los sistemas de salud. Pongamos sólo un ejemplo: la carencia en prevención y promoción de la salud en promover con los recursos adecuados un abordaje familiar y comunitario real de los problemas de salud por las instituciones sanitarias, y por los representantes políticos que toman decisiones.

La preocupación de los representantes políticos por las consecuencias electorales de las noticias inmediatas y espectaculares de la sanidad en los medios de comunicación ha contaminado aún más el desequilibrio en la asignación de recursos a la AP en relación a la atención hospitalaria. Aunque el problema es multifactorial, se percibe como indecoroso el desequilibrio en los contenidos de «buenas noticias» en la atención hospitalaria a través de fotos, reportajes en prensa y televisión que ocupan casi al 100 % el trabajo de los gabinetes de prensa del ministerio, consejerías de salud, y otras instituciones sanitarias. En la otra cara de la moneda se observa que sólo aparecen noticias de APS por problemas o dificultades, de las que en muchas ocasiones somos los propios médicos de familia portavoces, con un efecto paradójico sobre la población y los estudiantes de medicina, cuando sólo enfatizamos nuestras carencias y olvidamos nuestras fortalezas. Todo ello por citar sólo la fuerza mediática que, bajo las perspectivas de las competencias profesionales, nada aporta a la calidad asistencial pero contamina a la ciudadanía.

Es necesaria una perspectiva más amplia, como si se usara un «gran angular» que nos dé otra perspectiva de las carencias y debilidades actuales de la medicina de familia/Atención Primaria de Salud (MF/APS), para que dicha visión negativa de «botella medio vacía» no sea una limitación para encausar las ilusiones y las energías del colectivo de profesionales de medicina familiar y comunitaria de España. Para ello, aludiremos al conocido diálogo entre Alicia y el gato Minino de Cheshire:

«Alicia – ¿Podrías decirme, por favor, qué camino debo seguir para salir de aquí?

– Esto depende en gran parte del sitio al que quieras llegar –dijo el Gato.»

Se busca hacer una apuesta por un futuro «optimista» de hacia dónde queremos ir y de esta manera tener una visión de lo que debería ser la MF/AF del futuro, para poder dar algunos destellos luminosos de hacia dónde encauzar nuestros esfuerzos.

Los profesionales de la MF hemos de visualizar hacia dónde queremos ir, tomar las riendas de una forma diferente de «empujar el carro»: en docencia, en desarrollo profesional, así como en la gestión, organización e investigación en APS, y aportar, a su vez, líneas estratégicas en cada uno de estos aspectos.

Reflexionar en el camino recorrido para visualizar hacia dónde queremos ir, orientará nuestros esfuerzos como colectivo en las diversas dimensiones que hay que desarrollar para un futuro mejor en APS.

Además de las propuestas presentadas, será necesario preguntarnos por el camino recorrido y visualizarnos en los inicios profesionales y así replantearnos el futuro: ¿qué recuerdos te han marcado como médico de familia en tus primeros contactos profesionales con la APS? Las respuestas a esta pregunta nos permiten valorar y ponderar en cierta medida la situación de partida y los avances reales que ha habido.

La segunda pregunta nos sitúa ante nuestras aportaciones personales, más allá del buen cumplimiento de las tareas asistenciales, a la MF y la APS. Parafraseando la famosa frase de John Fitzgerald Kennedy: «No preguntes lo que la medicina de familia puede hacer por ti, sino lo que tú puedes hacer por la medicina de familia y la APS». Así, debemos preguntarnos: ¿en qué has dedicado esfuerzos y/o estás trabajando para una mejor APS?

La experiencia es un grado y en medicina de familia empezamos a tener mucha acumulada, por lo que podemos plantearnos, de manera cualitativa: ¿cuáles serían las líneas o cambios estratégicos que desde la medicina de familia (Sociedades científicas, Unidades docentes, revistas, medios de comunicación, colegios de médicos, lobbys, etc.) deben ser prioritarias en la docencia, en la investigación, en el desarrollo profesional y en la gestión y organización de la APS, para conseguir un futuro halagüeño para la MF?

Y, finalmente, el tiempo pasa para todos, y llega el momento de preguntarnos qué queremos encontrar cuando llegue la hora de la jubilación, quién y cómo nos atenderán como pacientes. ¿Cómo nos gustaría que fuera nuestro centro de salud, nuestro médico de familia, el equipo de APS, la organización de la atención, el uso de las tecnologías sanitarias y de la comunicación, la disponibilidad de medios diagnósticos, la relación con la atención hospitalaria, etc.?

---

#### Futuro de la Atención Primaria en la docencia V. Casado Vicente

«No hay viento favorable para el que no sabe adónde va.» (Séneca)

Cuando imagino el futuro de la docencia de la medicina familiar y comunitaria (MFyC) sé que todavía nos quedan muchos objetivos por conseguir, pero no me cabe ninguna duda del papel nuclear que debe desempeñar en la docencia médica. Desde hace más de 30 años los marcos legales concedieron a la Atención Primaria (AP) un papel central, definiéndola como la función central del Sistema Nacional de Salud (SNS). Si la AP debe ser la función central del SNS, la MFyC, como disciplina académica, especialidad médica y profesión sanitaria, deben tener una función central no sólo para el sistema sanitario, sino para el sistema educativo sa-

nitario. Y la AP debe ser apoyada como ámbito académico, especializado y de desarrollo profesional.

Los predictores más potentes para la elección de la MFyC están vinculados al tipo de enseñanza de grado, a la proporción de médicos de familia en el profesorado de la facultad, la existencia de departamentos de medicina de familia, las prácticas obligatorias en medicina de familia, las experiencias longitudinales de atención al paciente y las características del proceso de admisión para seleccionar a estudiantes y residentes. Por estas razones, prácticamente todas las facultades de medicina de nuestro entorno tienen un departamento de medicina de familia y se imparte formación teórica y práctica de medicina de familia.

Por otra parte, desde hace años se viene demostrando que la atención médica deben proporcionarla médicos bien formados y entrenados en su práctica. La especialización tiene innegables ventajas, ya que mejora la calidad de la asistencia y favorece el avance en el conocimiento mediante la investigación y la docencia. Este hecho nos lleva a alcanzar en España las 47 especialidades médicas actualmente aprobadas. Sin embargo, esta situación también tiene algunos inconvenientes, al provocar la atomización de la asistencia a un mismo paciente e incluso la desconexión entre los distintos profesionales con diferentes áreas de interés. Con el agravante bien conocido de que cuanto más se segmente el mercado, mayores le parecen las necesidades al planificador. Por ello, en el momento actual asistimos a un intenso debate sobre cómo hallar un equilibrio entre la necesaria superespecialización y la necesidad de integrar la mayoría de los aspectos de la práctica médica prevalente en el núcleo duro de la formación de todos los especialistas.

Por otra parte, los mismos avances de la ciencia médica introducen una cierta transversalidad entre las especialidades clásicas y ello ha hecho prever un nuevo mapa de competencias, lo que exige una versatilidad mayor y cierta flexibilidad para que estos especialistas puedan derivar de una especialidad a otra si sus circunstancias personales, profesionales o del entorno sanitario así lo aconsejan.

La formación troncal puede favorecer la organización en la que la integración de distintos especialistas permite poner en común conocimientos y habilidades para gestionar casos y resolver demandas, tanto las muy prevalentes como otras encuadradas en la categoría de «enfermedades raras» a los efectos de disminuir el tiempo de resolución, potenciar de forma coordinada las nuevas tecnologías y conseguir un visión más integrada del paciente frente a una organización más clásica y basada en los conocimientos y la formación de décadas pasadas. Tener una buena base de conocimientos troncales aumentará la eficacia y la calidad de las prestaciones sanitarias y evitará múltiples derivaciones y consultas innecesarias, lo cual acarreará menos molestias al paciente, favorecerá la eficiencia del sistema sanitario y evitará la polifarmacia injustificada.

En los próximos años viviremos un cambio trascendente en la formación especializada, que, por impacto, será tan importante como la vivida en la década de 1980 con la puesta en marcha del sistema MIR. La troncalidad en las especialidades se desarrollará en torno a cuatro troncos: el médico, el quirúrgico, el de laboratorio clínico y el de imagen.

La formación de una gran proporción de especialistas en nuestro ámbito mejorará de forma considerable no sólo la elección vocacional de nuestra especialidad, sino también la coordinación entre niveles sanitarios.

#### ¿Cómo será la docencia de grado en MFyC en el futuro?

– El grado en medicina preparará licenciados profesionalmente competentes y polivalentes y orientará la formación de

grado a los perfiles más demandados por la sociedad y a contenidos más generales y menos superespecializados.

– Para ello, la MFyC será una materia transversal integrada con otras disciplinas en relación con la formación clínica humana y la medicina social, habilidades de comunicación e iniciación a la investigación y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, además, contará con una **asignatura propia con al menos 6 créditos ECTS**, y será un **ámbito preferencial de prácticas**. Por lo que nuestra MFyC del futuro contará con:

- Área de conocimiento propia.
- Departamento de MFyC propio y, transitoriamente, secciones específicas dentro de un departamento pero con estructura propia.
- Catedráticos en MFyC en todas las facultades de medicina, con profesores titulares, contratados doctores, asociados doctores suficientes para impartir la asignatura, la materia y las prácticas.
- Todos los centros de salud serán apoyados para ofertar las condiciones de acreditación para ser centros de salud universitarios.

#### ¿Cómo será la formación especializada: troncalidad, especialidades, áreas de capacitación específica?

- La MFyC será nuclear en el tronco médico por su gran aportación a las competencias genéricas y transversales de dicho tronco, por lo que las estancias formativas de todos los especialistas en tronco médico serán de entre 3 y 6 meses al igual que las que se realicen en medicina interna.
- En los centros de salud docentes rotarán los especialistas en formación de las especialidades de medicina familiar y comunitaria y enfermería familiar y comunitaria, especialistas del tronco médico en su período de formación troncal y las estancias formativas de especialistas de otros troncos cuyos programas, tanto en su período troncal como específico, contemplen estancias en AP.
- Se dará respuesta a buenas proyecciones de necesidades de especialistas y se coordinarán respuestas a éstas desde los tres espacios: grado, formación especializada y profesión.
- Se desarrollará y profundizará la especialidad en MFyC y se desarrollarán las áreas de capacitación específica (ACE) desde la MFyC como, por ejemplo, la de urgencias.
- Se invertirá esfuerzo y dinero en todos los centros de salud para que puedan responder a las condiciones de acreditación para ser centros de salud docentes troncales, de Atención Familiar y Comunitaria, de ACE.
- Los tutores serán reconocidos y formados y su labor alcanzará el prestigio que merece dicha función.

Pero esto no se acaba aquí. Estos proyectos tendrán impacto, además, porque en el tercer espacio formativo, el tiempo de profesión, prosperará el desarrollo profesional continuo apoyado en proyectos sólidos de acreditación y reacreditación de competencias.

---

#### El control de la historia clínica

Á. Ruiz Téllez

#### Diffícil ejercicio la previsión del futuro

Las más recientes investigaciones nos revelan que la predicción del futuro y la evocación del recuerdo son la misma cosa y el mismo mecanismo cerebral. De alguna manera, «recordamos el futuro» proyectando el pasado.

El problema radica en que la rememoración y la imaginación ocupan lugares mentales y cerebrales compartidos, ha-



ciéndose difícil, en ocasiones, distinguir si lo que recordamos, y por tanto lo que proyectamos a ese futuro por venir, realmente es lo vivido o simplemente lo imaginado.

La confusión se agranda de manera directa y proporcional a la incapacidad presente, del continuo presente, de ver la realidad, tal como es. El equilibrio de nuestra mente, frente a la capacidad de aceptación del fracaso y el conflicto, entra en juego intensamente.

¿Soy capaz de ver lo que me rodea tal como es, o el temor a su incomodidad o a la incongruencia con mis convicciones hace que esa realidad sea transformada por el recuerdo y la percepción?

La predicción del futuro, cuando se apoya en el prejuicio, las ideas preconcebidas y las verdades heredadas, corre el máximo peligro de distorsión y desacierto.

«La Demanda es imparable.» «Lo haré mejor con menos pacientes.» «1.500, 1.200 pacientes por médico, garantía de calidad.» «La informática resolverá el problema de la coordinación primaria especializada.» «La historia clínica centralizada permite el acceso a la información consistente del paciente.» «En este centro no hay lista de espera y se atiende toda la demanda.» «La aplicación de los protocolos de calidad es una garantía de excelencia.» «Con la centralización tendremos la integración de la información.» «Con más recursos de especializada reduciremos las listas de espera.» «25 pacientes al día aseguran la calidad asistencial.» «La demanda es un problema de educación sanitaria.» «50 pacientes al día son el doble de presión asistencial que 25.» «El aumento del uso de nuevos y más procedimientos diagnósticos y terapéuticos en atención primaria aumentará el costo.»

¿Seguro? ¿No será todo esto una incompleta relación de sofismas? ¿Cómo predecir el futuro sin la certidumbre de que eso que afirmamos sea la realidad o sea la realidad interpretada por prejuicios y conveniencias?

Se sabe, por otra parte, que sin crisis no hay posibilidad de mejora.

La mejora continua no es una condición natural, no es una condición de las leyes naturales, tendentes a lo contrario, a la inercia, al desgaste, al envejecimiento, al caos (2.<sup>a</sup> Ley de la Termodinámica: «Todo tiende al máximo nivel de entropía, de forma natural»).

La mejora es sólo «esfuerzo-dependiente». Y la mejora no es una necesidad sentida, es, más bien, una necesidad impuesta por la presión, por la crisis de valores o de dineros, por la amenaza del natural deterioro de las cosas, de los organismos o de las organizaciones.

¡Vaya, qué casualidad, si tenemos una crisis!

Sin contar las dos grandes guerras del siglo pasado, ésta es una de las cuatro más graves de los últimos 80 años, 1929, 1973, 1990, 2009 y se le prevé toda una década de duración.

Pues de las crisis ni se sale espontáneamente ni se sale haciendo y pensando lo mismo que antes de ella.

Se sale trabajando más, no menos, con más pacientes, no con menos, con más horas de dedicación, no con menos, con más asociación, cooperación, con menos individualismo, con más actividad, con menos pasividad.

Por mucha conducta de negación que se mantenga o por mucha seguridad que la función pública aparente, se impondrá la inevitable realidad de millones de parados, la inadaptación del mercado laboral, los muy bajos índices de competitividad industrial, la importante caída de los ingresos recaudatorios que, con el mantenimiento de la «Sanidad Intocable» se superará, por primera vez en la historia, el 50 % del presupuesto de las comunidades autónomas, colocándola en el punto de mira de toda reforma.

¿Lo percibiremos como una amenaza? ¿No será, más bien, la oportunidad esperada?

¿No se deseaba que esto cambiara en algún momento? ¿No se exigía que se estableciera un nuevo orden de relación e incentivo entre cada uno de los diferentes agentes del evento sanitario?

¿No se ha perdido, desde 1990, todo el poder potencial que debiera haber adquirido la AP como eje clave del sistema?, evidenciado en la progresiva reducción del porcentaje presupuestario de la misma; en la imposición de soluciones informáticas que destrozan la práctica diaria; en la no aplicación del «dinero sigue al paciente»; en la claudicación de la AP en la atención a la mujer, la ginecología, la psiquiatría, la dermatología, la traumatología...; en el mantenimiento y ampliación de la burocracia; en la pérdida del sentimiento de propiedad de los centros de salud, experimentada en la década de 1980; en la sustracción de los datos clínicos, hoy en manos de administrativos informáticos; en la absurda imposición de agendas por parte de gerentes, de hasta a 2 minutos por paciente y, lo más grave, en la usurpación del deber de custodia de la historia clínica y del control de la historia clínica, que es lo que compila el resto de consecuencias.

¿Qué nos muestra el futuro?

Indefectiblemente, que la AP tendrá el control de la historia clínica, pero no como un anhelo ensañador, sino como la consecuencia más probable del peor de los escenarios, paradójicamente.

Piense con la mente abierta. Todo irá a peor, lógicamente, pues España no reconoce, en su diccionario de gestión, el verbo planificar. La penuria social multiplicará la demanda. Se disparará el costo de farmacia. Se deberá poner en marcha cualquier medida de copago. La especializada seguirá tirando intensamente de los poderosísimos avances tecnológicos con costos desequilibrantes. La informática centralizada hará *crack* por su carísimo mantenimiento y escasa fiabilidad, funcionalidad y vulnerabilidad. La política de historia clínica electrónica común y nacional pondrá en circulación pública más de 1.000 millones de episodios de atención «abiertos» al paciente, mieles y «maná» para abogados, provocando una riada de reclamaciones y juicios, por lo aparecido en ella, que comportará un retraining reactivo a su uso, tanto de profesionales, por temor al error, como de pacientes, por prevención y desconfianza sobre su intimidad. Las clases altas usarán su poder económico para eludir el contacto con ella y las clases bajas, en franco problema social y económico, verán en ella una plausible solución de sus problemas económicos. Habrá entrado en crisis el sistema desde sus cimientos.

¡Las organizaciones no funcionan más que cuando no queda más remedio!

La dificultad social, al igual que en otras épocas, provocará, en el uno a uno de la relación médico-paciente, que se despierten los valores profesionales adormecidos como la compasión, la solidaridad, la entrega y la firmeza de carácter, que se enfrentará contra la estupidez, volviendo a exigir el control del proceso sanitario en su extensión, comenzando por el control de la historia clínica, lo crítico.

Si hay 1.000.000 de episodios de atención atendidos en la AP, por cada 200.000 habitantes y año, frente a los 22.000 ingresos hospitalarios y los 180.000 episodios de especializada, como parte compartida de ese millón, ¿dónde tiene que estar el control del sistema? ¿Dónde tiene, y no tendría que haber salido, el control de la historia clínica del paciente? La clave del papel del médico de familia, en el sistema, lo da el control de la historia clínica.

¿Qué esperas para tenerlo? ¿Los 10 años de descomposición previa?

## El futuro de la investigación en Atención Primaria

### V. Gil Guillén

#### Necesidad de la investigación en Atención Primaria

El médico del siglo XXI, para tomar las mejores decisiones en sus pacientes, tendrá que dominar la medicina basada en la evidencia, la epidemiología clínica y tener suficientes conocimientos informáticos. De esta manera, podrá aplicar en sus pacientes los resultados más recientes de la investigación clínica que, entre sus objetivos, destaca el de disminuir la incertidumbre inherente a la práctica clínica en los diferentes períodos de la evolución natural de la enfermedad, como en la interpretación crítica de las guías de práctica clínica.

Tanto en la formación universitaria, en el posgrado como en la especialización en Medicina Familiar y Comunitaria, deben incluirse estos nuevos conocimientos y habilidades para generar actitudes proclives al desarrollo de la investigación y al de la interpretación adecuada de sus resultados. De esta forma, se minimizará el tradicional retraso entre la publicación de las evidencias científicas y su aplicación en la práctica clínica. Todos estos beneficios abarcarán todas las etapas del proceso clínico, desde la integración de las actividades preventivas, hasta el tratamiento y posterior seguimiento de los pacientes.

En Atención Primaria (AP), como en otros ámbitos asistenciales, hay falta de evidencias y dado que la atención sanitaria de calidad debe basarse en el conocimiento la investigación, es irrenunciable.

#### Características de la investigación en Atención Primaria

Debe tenerse en consideración que la AP tiene unas características propias que la identifican, como son:

- La atención continua a los pacientes y que, por tanto, nos permite tener una visión muy precisa de la evolución natural de la enfermedad.
- A su vez, la accesibilidad que sobrecarga o puede sobrecargar nuestra labor asistencial nos permite tener acceso a una población que, de otra forma, no sería tan accesible.

Los aspectos positivos para realizar investigación en AP son:

- La AP dispone de un campo específico de conocimientos.
- Se atienden estadios más precoces de la enfermedad que en otros ámbitos especializados.
- Se puede investigar en salud.
- Existe una relación continua con los pacientes.
- Situación de privilegio para el estudio natural de la enfermedad.
- Mayor facilidad de acceso a la población.
- En AP es donde se atienden las patologías más prevalentes.
- Existe inquietud entre los profesionales.
- Existe gran variabilidad en la práctica clínica entre los profesionales que debe ser investigada.
- Existe incertidumbre:
  - ¿Se puede evitar la aparición de la enfermedad?
  - ¿La detección precoz mejora el pronóstico?
  - ¿Cuál es el diagnóstico?
  - ¿Qué prueba diagnóstica debería pedir?
  - ¿Qué tratamiento es el mejor para el paciente?
  - ¿Cómo será la evolución tras el tratamiento?

La finalidad de la investigación en AP debe ser el análisis del proceso de «salud-enfermedad» y cómo enfrentarse a él. Por tanto, es primordial enfocar la investigación hacia la eficacia clínica.

Las sociedades científicas, las unidades docentes, las unidades de investigación, las redes de investigación, los departa-

mentos universitarios deben procurar estructuras organizativas diferenciadas que favorezcan la obtención de recursos para seguir potenciando la investigación y de la práctica clínica basada en el conocimiento. Dicha actividad no sólo proporcionará una atención sanitaria de calidad a los pacientes objetivo principal de nuestro trabajo, sino que será un incentivo de satisfacción profesional para los que la ejecuten.

Es, por tanto, una investigación clínica dirigida a grupos poblacionales amplios con acceso a población general, que aborda todo el curso natural de la enfermedad y que incluye de manera preferente los aspectos de promoción y prevención, lo que permite investigar también en salud.

#### Factibilidad de la investigación en Atención Primaria

Si es posible realizar investigación en AP, pues la evidencia científica y la producción científica nacional e internacional así se ha demostrado. En el período 2000-2004 se han publicado más de 20.000 artículos específicos de AP que incluyen los descriptores *Primary health care*, *Family Medicine General Practitioner* o *Nurse Practitioner*. Al analizar el número de ensayos clínicos como indicador de investigación de calidad, se comprueba que en AP es del 5 %, similar al ámbito general.

Para ello, hay que establecer las condiciones mínimas que realmente lo permitan como son que las gerencias crean en ella, que forme parte de sus objetivos, que pongan los recursos necesarios para su realización y que se incentive a los profesionales sanitarios.

Por tanto, el futuro de la investigación en AP se debe fundamentar tanto en los postulados previamente enunciados y, por tanto, potenciar la investigación para responder a los problemas que surgen del día a día y en el trato continuo de nuestros pacientes. Para ello, la recogida de datos en consulta tiene que ser ágil y no limitar el tiempo asistencial y por ello es necesaria la ayuda de la administración sanitaria.

Las unidades docentes, la universidad, las unidades de investigación, las redes de investigación, las fundaciones, las sociedades científicas y la administración pública, deben colaborar conjuntamente para proporcionar ayudas suficientes, tanto en recursos materiales y humanos a la hora de investigar los temas clínicos como aquellos no clínicos que sean relevantes para la AP. Para ello, es necesaria la creación de redes de investigación críticas que conlleven la creación de grupos de investigadores de MFyC.

#### Consejos para mejorar la investigación en AP en el futuro más inmediato

- Debe formar parte de los objetivos de gestión en AP.
- Establecer por parte de la administración líneas prioritarias de investigación.
- Potenciar las actividades científicas.
- Promover la existencia de grupos multicéntricos.
- Incentivar a los profesionales de AP:
  - Profesionalmente.
  - Formativamente.
  - Económicamente.
- Formación en metodología de la investigación.
- Apoyo estadístico y metodológico a grupos de investigadores.
- Proporcionar tiempo dentro de la jornada laboral para realizar dicha actividad.
- Evaluar la producción científica de los profesionales.
- Introducción de la AP/MF como área de conocimiento en la universidad.
- Creación de departamentos de MF en la universidad.

### La experiencia de la Cátedra de Medicina de Familia de la Universidad Miguel Hernández

En la Universidad Miguel Hernández, de Elche (Alicante) se han desarrollado dos programas de doctorado específicos.

Desde 1995, se puso en marcha un programa de doctorado presencial para médicos de familia, con la denominación Programa de Doctorado de Investigación en la Práctica Clínica. Hasta la fecha actual se han elaborado más de 100 tesis de AP, dirigidas por el profesor Vicente Gil Guillén y su equipo.

Son un referente en relación con la formación de posgrado. Es el grupo español que más investigación ha realizado en el ámbito universitario dirigida a profesionales de AP. Tras esta experiencia, en el año 2003 se decide implantar un programa de doctorado en medicina de familia en la modalidad «a distancia» (*on-line*).

La Cátedra de Medicina de Familia para la realización de Programa de Doctorado cuenta con el apoyo y colaboración del Departamento de Medicina Clínica de la Universidad Miguel Hernández (UMH) cuyo director es el profesor Jaime Merino Sánchez, y un importante grupo de colaboradores docentes, de profesionalidad, acreditación científica y experiencia docente reconocidas en el ámbito universitario nacional e internacional.

La creación del área de conocimiento de ciencias de la salud con el nuevo plan de Bolonia, y la posible creación de departamentos universitarios vinculados a la AP es una oportunidad para acortar la distancia con los medios académicos y facilitar el desarrollo docente e investigador. Los países con departamentos universitarios de medicina de familia destacan por el desarrollo de investigación en AP. La introducción en el grado de medicina del desarrollo de una actitud positiva y unos conocimientos y habilidades básicos es algo esencial para la AP y la investigación. Asimismo, el posgrado (doctorado) es una oportunidad de contacto con la investigación para los profesionales de AP cada vez más al alcance de los residentes y los médicos de familia.

En esta ponencia se van a desarrollar de forma exhaustiva todos los conceptos enunciados previamente y pensamos que la asimilación de dichos principios puede hacer ver el futuro de la investigación en AP con optimismo, a pesar de las dificultades de la realidad asistencial. La investigación es la mejor vía para alcanzar cada vez más prestigio en nuestra especialidad y mejorar las intervenciones en nuestros pacientes ya que se van a beneficiar de las mejores respuestas fruto de la investigación más relevante y actualizada.

### Bibliografía

- Carratala Munuera MC. Análisis de la producción científica internacional en Atención Primaria. [Tesis doctoral]. Universidad Miguel Hernández de Elche. 2009
- Cerdà Olmedo G. La investigación en Medicina de Familia. Estudio Bibliométrico (1984-1994). [Tesis doctoral]. Universidad de Alicante. Alicante, 1996.
- Checa Flores S. Estudio Bibliométrico de la investigación en Atención Primaria en España 1984-1987. [Tesis doctoral]. Universidad Miguel Hernández de Elche. Elche, 1999.
- Galán S, Delgado MT, Sanz C, Córdoba R. [Family medicine research: analysis of papers accepted at national and international congresses]. *Aten Primaria*. 1995 Mar 15;15(4):239-42, 244. Spanish.
- Gérvas J. [General/family medicine: codes and classification]. *Aten Primaria*. 1997 Oct 31;20(7):343-4. Spanish.
- Gil VF, Belda J, Orozco D, Picó J, Merino J. Estudio bibliográfico de la investigación española en Atención Primaria. XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 1993. Barcelona.

Griffiths F, Wild A, Harvey J, Fenton E. The productivity of primary care research networks. *Br J Gen Pract*. 2000 Nov;50(460):913-5.

Grupo de trabajo para la Promoción de la Investigación en Atención Primaria de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria*. 2008 Mar;40(3):125-31.

Jiménez Villa J. [The evolution of research in primary care]. *Aten Primaria*. 1993 Feb 28;11(3):115-6.

Kaprio LA. What are the content and process problems and options? Primary health care systems in Europe and options available for the future. *Ann N Y Acad Sci*. 1978 Jun 21;310:145-9.

Mendis K, Solangaarachchi I. PubMed perspective of family medicine research: where does it stand? *Fam Pract*. 2005 Oct;22(5):570-5. Epub 2005 Aug 26.

Simó Miñana J, Gaztambide Ganuza M, Latour Pérez J. [Scientific production of Spanish professionals in primary health care (1990-1997). A bibliometric analysis from MEDLINE] *Aten Primaria*. 1999 May;23 Suppl 1:14-28. Spanish.

Simó Miñana J, Gaztambide Ganuza M, Latour Pérez J. [Atención Primaria journal in MEDLINE: an analysis of the first 7 years of indexing (1989-1995)]. *Aten Primaria*. 1999 May;23 Suppl 1:5-13. Spanish.

Starfield B. The future of primary care: refocusing the system. *N Engl J Med*. 2008 Nov 13;359(20):2087, 2091. Ovhed I, van Royen P, Håkansson A. What is the future of primary care research? Probably fairly bright, if we may believe the historical development. *Scand J Prim Health Care*. 2005 Dec;23(4):248-53.

¿Por qué lo llaman desarrollo profesional cuando quieren decir...?

J. Simó Miñana

Hablar del futuro del desarrollo profesional (DP) del médico de Atención Primaria (AP) es difícil cuando no tenemos del todo claro qué es el DP. La LOPS y las normas autonómicas que regulan la carrera profesional (CP) contribuyen a la confusión pues utilizan en el mismo sentido términos como formación médica continuada, desarrollo profesional y carrera profesional. Podemos entender el DP como el proceso mediante el cual el médico adquiere, mantiene y mejora sus conocimientos, habilidades y actitudes, y que le permite continuar su ejercicio profesional de forma competente. Pero inmediatamente surgen las preguntas: ¿a qué competencias nos referimos? ¿cómo, dónde y cuándo se adquieren y mejoran? ¿quién determina si se han adquirido o mejorado?

Y hablar del futuro es también difícil cuando no es del todo cierto que las eventuales reformas que se emprendan vayan a ser, necesariamente, maneras de mejorar lo que hicimos (o dejamos de hacer) en el pasado. El ejemplo más claro de esto último ha sido el diseño de la CP, inútil para los objetivos que se pretendían. Su diseño actual no sirve para potenciar o impulsar el DP de los médicos ni para recompensarlo y, lo peor, se está convirtiendo en un obstáculo para éste pues ocupa un lugar (legislativo, normativo) que no puede ocupar otro modelo mejor.

El DP del médico de familia se relaciona fundamentalmente con las características y exigencias del puesto de trabajo. ¿Nos referimos a lo mismo cuando hablamos del DP del médico especialista en MFyC que cuando hablamos del DP del médico de AP? Para responder a esta pregunta hemos de considerar que muchos médicos especialistas en MFyC terminan ejerciendo en otros ámbitos distintos del centro de salud. No es baladí la cuestión, especialmente cuando algunos de estos ámbitos se consideran «terrenos perdidos» en AP (mesa n.º 9 de este congreso).

El DP del médico de familia se relaciona también con el tipo de gestión del conocimiento que se lleva a cabo en la organización. Entendemos por gestión del conocimiento (GC) la creación y transferencia del conocimiento existente en una organización, de modo que pueda ser utilizado como un recurso disponible para los miembros de ésta en el lugar y el momento precisos para que su actuación sea efectiva. La transferencia del conocimiento disponible a la práctica profesional diaria en el caso individual implica la puesta en marcha simultánea de dos tipos de estado del conocimiento: explícito y tácito. En nuestro sistema sanitario, y en concreto en el ámbito de la AP, se ha avanzado mucho más en la gestión del conocimiento explícito que en la del tácito, pese a que este último es el conocimiento «vital» frente al «inerte» del explícito. Y a pesar también de que la mayor parte de las competencias esenciales del médico de familia tienen una considerable dimensión tácita (competencias tácitas). Y en este sentido, procede señalar que muchas de las tareas del médico de AP pueden clasificarse como «trabajo invisible» en tanto se relacionan este tipo de competencias.

Como estrategias para el DP del médico de AP se plantean dos grandes alternativas, quizás incompatibles desde la cultura organizacional. Una primera, más burocrática, en la línea de la acreditación y reacreditación de la competencia que llevaría aparejada la creación de una «casta» de acreditadores de competencias ajenas con la dificultad añadida de pretender evaluar un intangible. De optar por ella, la reacreditación de la competencia debería asociarse con la CP pues se puede entender ésta como un instrumento de reconocimiento del perfeccionamiento de las competencias profesionales y del compromiso con la organización, con efectos no sólo en el ámbito retributivo, sino también en el laboral y en el desarrollo profesional. Por ello, la promoción de nivel debería ser consecuencia de la superación de un procedimiento de recertificación de la competencia y, además, acompañarse de la reducción de determinadas responsabilidades para hacerse cargo de otras nuevas consideradas claves para mejorar el nivel de resolución y los objetivos de la organización. También es posible una segunda alternativa, más funcional, que potenciaría normativa, organizativa, cultural y tecnológicamente el aprendizaje y el DP en el propio puesto de trabajo (DP *in situ*) encastrado con la práctica médica cotidiana. Ni que decir tiene, que la segunda alternativa es más «fisiológica» e imaginativa y, por tanto, más profesional.

Necesitamos estructuras organizativas capaces de detectar y potenciar el talento y que, para ello, sean capaces no sólo de gestionar el conocimiento, sino también la motivación y el compromiso (salario emocional). Es preciso identificar a los profesionales con las mejores capacidades y potencial de acción para comprometerles con lo que la AP más necesita en cada momento; generar un entorno organizativo y de práctica con valor para dichos profesionales que les motive a aportar y a continuar aportando; y orientar la organización a la creación y transferencia del conocimiento (no sólo del explícito) que en ella existe, de modo que pueda ser utilizado como un recurso disponible por sus miembros.

La consulta es (debería ser) un lugar básico de formación, donde generar preguntas y, a menudo, obtener las respuestas. La unidad básica de aprendizaje y desarrollo profesional *in situ* es el grupo de trabajo en su ambiente de desempeño compartiendo conocimiento. Necesitamos, pues, el acceso que proporciona la tecnología a la información y conocimiento explícitos en el momento y lugar adecuados. Pero sabemos que la influencia de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) sobre el grado en que se compar-

te el conocimiento entre los miembros de una organización es menor que la ejercida por la comunicación informal dentro de los equipos de trabajo. Es necesario transformar los centros de salud en espacios creativos que faciliten que los profesionales compartan su conocimiento, el aprendizaje mediante la interacción personal, el acceso a la información mediante TIC adecuadas, y la solución de problemas en tiempo real.

Es necesario, imprescindible, el impulso que las TIC pueden dar a la gestión de conocimiento explícito. Poner este tipo de información al alcance del médico de familia en su propia consulta es tarea de la tecnología. También, facilitar que los profesionales compartan dicho conocimiento, lo combinen con otro y lo interioricen. No obstante, es un error concebir la gestión del conocimiento como una tarea exclusiva de las TIC. La tecnología facilita el proceso, hace que algo sea posible, pero por sí misma es incapaz de sacar nada de la cabeza de nadie; sólo las personas convierten en realidad ese algo. Por otro lado, algo falla en la tecnología actual, concretamente en la historia clínica electrónica, que no aporta en la práctica una utilidad clara para la decisión clínica. Da la impresión de que los médicos se resisten a la gestión inteligente del conocimiento pero probablemente ocurra así porque lo que se les presenta no es gestión, ni inteligente, ni del conocimiento.

Conviene aclarar que todo esto no se promueve mediante jerarquías verticales y control burocrático, inflexible y torpe en la adaptación. Por el contrario, implica la transferencia neta de poder y capacidades hacia los profesionales (empoderamiento) para favorecer las decisiones y la autoorganización. Poner ordenadores con la bibliografía médica más actualizada no producirá mayor cambio si no se construyen ambientes que favorezcan la interacción personal, la confrontación de ideas, la reflexión y la experimentación. Se debe privilegiar la autodirectividad, la creatividad, el trabajo en equipo y la habilidad para vérselas con la incertidumbre pues el conocimiento surge (no sólo el tácito) de la confrontación de los individuos y grupos con los problemas.

En definitiva, el acceso al conocimiento explícito es condición necesaria pero no suficiente para el mantenimiento y mejora de la competencia profesional, ni para que se desplieguen y pongan en práctica todas las capacidades del clínico. Mientras las empresas más competitivas consideran al conocimiento tácito (*soft*) el eje de su desarrollo, en la sanidad consideramos como elemento central el conocimiento explícito (*hard*), expresado en documentos, publicaciones, bases bibliográficas, etc., e ignoramos el hecho de que dicha información sólo se transformará en DP que modifique la práctica mediante el trabajo colectivo y autodirigido de los profesionales que, por cierto, siempre saben más que lo que son capaces de explicar y que lo que ellos creen saber.

## MESA 7

### Medicación en situaciones especiales: «el hecho de ser mujer y acoso terapéutico»

Jueves, 17 de junio / 15.30-17.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Auditorio 3A

#### Moderador:

**Vicente Palop Larrea**

*Médico de familia. Subdirector Médico Asistencial Departamento de la Ribera, Alzira (Valencia). Miembro del Grupo de Utilización de Fármacos de la semFYC y del Grupo del Medicamento de la SVMFiC.*

**Ponentes y contenido:****1. Medicalización del malestar en la mujer****Isabel Montero Piñar**

*Especialista en Psiquiatría. Profesora titular de Psiquiatría de la Universidad de Valencia. Miembro del Grupo para el Estudio de la Violencia de Género y Salud en España. Presidenta de la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica (SEEP).*

**2. Sombras en el tratamiento de la vacuna del virus del papiloma humano en las niñas****Vicente Baos Vicente**

*Médico de familia. CS Collado Villalba Pueblo, SERMAS (Madrid). Coordinador del Grupo de Utilización de Fármacos de la semFYC. Creador del blog «El supositorio».*

**3. Incremento de la morbilidad y mortalidad en la mujer relacionado con el tratamiento hormonal sustitutivo****Ermengol Sempere Verdú**

*Médico de familia. CS de Paterna, Valencia. Miembro del Grupo de Uso de Fármacos de la semFYC y coordinador del Grup del Medicament de la SVMFiC.*

**4. Más riesgos que beneficios con el tratamiento de la osteoporosis en la mujer****Carlos Catalán Oliver**

*Médico de familia. Director de Continuidad Asistencial, Departamento de Salud del Vinalopó, Elche (Alicante). Miembro del Grupo del Medicamento de la SVMFiC.*

**Introducción****V. Palop Larrea**

A lo largo de la historia del medicamento, las mujeres y su descendencia han sufrido verdaderos dramas relacionados con la administración de fármacos; basta recordar los más de 10.000 niños con focomelia, cuyas madres habían tomado talidomida como ansiolítico en el embarazo, o los casos de cáncer de endometrio en niñas adolescentes e hipospadias en niños al nacer, cuyas madres habían tomado dietilestilbestrol por la amenaza de aborto. Pero estos ejemplos relatan circunstancias, en parte, inesperadas por la falta de medidas de farmacovigilancia inexistentes a principios de la década de 1960.

En la actualidad, el hecho de ser mujer, como una característica diferencial que va a condicionar una respuesta diferente a la administración de los fármacos, pocas veces se tiene en cuenta, ya que las mujeres no se incluyen en los ensayos clínicos y después se le extrapolan los resultados obtenidos en hombres. Sin embargo, ésta no es la única característica diferencial en la utilización de medicamentos entre hombres y mujeres que hace de éstas las víctimas de un acoso terapéutico que, en ocasiones, raya la maleficencia en la prescripción de medicamentos. Son muchas las condiciones que hacen que a las mujeres se les prescriba o consuman más medicamentos y, en muchas ocasiones, de forma innecesaria o medicamentos con una relación beneficio-riesgo negativo.

Queda por dilucidar quién o qué condiciona el incremento de problemas de salud en las mujeres con respecto a los hombres y si son problemas de salud reales, grados diferentes de malestar o enfermedades inventadas por la industria farmacéutica para vender más medicamentos e incrementar sus beneficios. Hay diferentes actores que participan en la utilización de fármacos de forma irracional en la mujer: a) la actividad del sistema sanitario y de sus profesionales

que expone, cada vez más, a las mujeres a intervenciones diagnósticas y terapéuticas sin eficacia demostrada; b) la medicalización de la sociedad transformando situaciones sociales o fisiológicas en categorías de enfermedad, confundiendo síntomas y signos de la normalidad con algo patológico, y c) el interés de la industria farmacéutica de crear en las mujeres enfermedades con una prevalencia exagerada y tratarlas con medicamentos.

Son muchos los ejemplos de prescripción irracional de medicamentos en la mujer: a) la medicalización innecesaria del embarazo es, quizá, la situación más perversa encontrada en la práctica clínica médica, ya que incrementa el riesgo de complicaciones en la mujer y en la viabilidad y salud de su descendencia; b) la bromocriptina es el fármaco más prescrito en España para la supresión de la lactancia, para la que se han notificado un número importante de reacciones adversas graves, e incluso muertes, y se ha retirado en diversos países; c) la teórica disfunción sexual femenina y la labilidad emocional premenstrual para las que se han recomendado estimulantes de la libido y antidepresivos; d) la psiquiatrización de la menopausia como una enfermedad mental con la comercialización y prescripción durante años de un neuroléptico (veraliprida, Agreal®); e) durante años, la recomendación de la terapia hormonal sustitutiva en las perimenopáusicas o menopáusicas, que supuso un incremento de mortalidad por cáncer de mama, infarto de miocardio, o tromboembolismo pulmonar, motivo por el que fue retirado a nivel mundial. Actualmente son múltiples las tentativas para medicalizar la menopausia con productos que no han demostrado su eficacia mediante ensayos clínicos reglados (isoflavonas); f) la medicalización de la pérdida de masa ósea con fármacos de dudosa eficacia y con efectos adversos graves (bifosfonatos); g) la enfermedad de fibromialgia que se caracteriza por dolor generalizado que afecta fundamentalmente a mujeres (4%) y que, durante años y aun en la actualidad, no es reconocida por muchos profesionales sanitarios. Quienes la padecen son consideradas somatizadoras, ansiosas o locas, y remitidas a salud mental, sometiendo a tratamientos incorrectos, lo que incrementa la frustración, la ansiedad y el dolor que produce la propia enfermedad; h) las miles de prescripciones de flevotónicos ineficaces recomendados para el tratamiento de las varices, e i) la sociedad condiciona a la mujer a no aceptar el envejecimiento y a someterse a múltiples tratamientos (médicos o quirúrgicos) para mejorar la imagen, ocultar arrugas, tonificar los músculos, etc., no siempre efectivos y que crean verdaderos problemas de salud.

Estos ejemplos ponen de manifiesto que con las mujeres se ha perdido el principio hipocrático de *primum non nocere*, se les prescribe medicamentos innecesarios para situaciones fisiológicas, y medicamentos ineficaces y con efectos adversos graves para enfermedades reales. Esperemos que la vacuna del virus del papiloma humano no sea otro ejemplo más.

**Medicalización del malestar en la mujer****I. Montero Piñar**

Asistimos cada vez con más fuerza a una medicalización de los problemas de la vida, definiéndose la enfermedad ante molestias leves fisiológicas, aspectos estéticos, presencia de factores de riesgo o por la probabilidad de padecer en el futuro una enfermedad. Diferentes agentes están implicados en este fenómeno, que afecta más a las mujeres que a los hombres. Las desigualdades de género afectan en la forma que hombres y mujeres son tratados en el sistema de salud con una atención inapropiada como el incremento de la vida

reproductiva de la mujer, sesgos en el diagnóstico y esfuerzo terapéutico en otros problemas de salud, teniendo las quejas y el malestar de las mujeres más probabilidades de ser etiquetados de problemas psicosomáticos de cualquier índole y ser tratadas con psicofármacos. El sesgo de género afecta así mismo a la investigación siendo un ejemplo de ello los ensayos clínicos. Es importante mantener la alerta ante los conflictos de intereses que puedan estimular la medicalización de la población, en especial de las mujeres.

### Incremento de la morbilidad y mortalidad en la mujer en relación al tratamiento hormonal sustitutivo E. Sempere Verdú

Hablar actualmente sobre los bien conocidos efectos secundarios del tratamiento hormonal sustitutivo (THS) a los 8 años de la publicación del estudio WHI<sup>1</sup> podría parecer, a primera vista, un ejercicio de erudición reservado sólo a los interesados en la historia de la medicina o de la farmacoterapéutica. Sin embargo, mirar el pasado es un ejercicio necesario para poder aprender de los errores cometidos y evitar repetirlos en el futuro. La lección aprendida tras el fiasco del uso del THS como actividad preventiva generalizada debería ser motivo de reflexión para todos los agentes implicados en el proceso de la prescripción, desde la comunidad médica, con sus comités de expertos a la cabeza, las asociaciones de usuarios, la administración sanitaria y la industria farmacéutica. La importancia de esta reflexión procede de que el uso generalizado del THS para paliar la «pérdida estrogénica» tras la menopausia se asoció al triunfo de los avances de la medicina frente al envejecimiento de los cuerpos, a pesar de que los datos disponibles sobre sus supuestos beneficios nunca estuvieron claramente respaldados por los resultados de ensayos clínicos, y sobre todo porque al final esta práctica resultó ser perjudicial.

La historia del THS, y con ella la de la medicalización de la menopausia, se inició en la década de 1930, aunque se considera que el hito fundamental lo marcó la publicación del libro *Feminine Forever*, de Robert Wilson, en 1966. El libro animaba decididamente a las mujeres a tener una vida sexualmente plena al margen de su edad. Ya en la misma portada del libro se hacía una declaración de principios al afirmar que «el descubrimiento de que la menopausia es una enfermedad por deficiencia hormonal, curable y totalmente prevenible», cuyo remedio no era otro que el tratamiento con estrógenos, tal como se afirmaba en su interior. Para sustentar esta afirmación el autor utilizó diferentes artículos científicos que demostraban sus efectos beneficiosos a corto plazo, pero no aportó dato alguno sobre sus efectos a largo plazo, porque sencillamente no existían. En unos pocos meses el libro se convirtió en todo un éxito de ventas en Estados Unidos (EE UU). Aprovechando el emergente movimiento de emancipación de la mujer de aquellos años, el autor apelaba al THS como un medio para ayudar a las mujeres a asumir el control del propio cuerpo, idea a la que se sumaron muchas organizaciones feministas. Así mismo, la profesión médica, en aquel entonces mayoritariamente masculina, fue acusada de falta de sensibilidad profesional ante el grave síndrome mental y físico que suponía la menopausia. Ahora bien, lo que en aquellos momentos desconocían los lectores era que, a pesar de que no figuraba en lugar alguno, el libro y sus campañas de promoción fueron financiados, en parte, por una gran compañía farmacéutica fabricante de preparados de THS<sup>2,3</sup>.

En las décadas posteriores, el THS comenzó a expandirse lentamente. Su introducción en el mercado tuvo que lidiar

con diferentes problemas, entre los que destacó la constatación, en la década de 1970, de que el uso de preparados estrogénicos en monoterapia aumentaba el riesgo de cáncer de endometrio, riesgo que se anulaba al añadir un progestágeno. Entre finales de la década de 1980 y principios de la de 1990, la menopausia llegó a convertirse en un tema de suma importancia tanto para la sociedad en general como para el sistema sanitario. Proliferaron las fundaciones y asociaciones de lucha contra la menopausia y se realizaron múltiples simposios y congresos científicos, algunos de ellos monográficos, como el famoso Congreso Internacional sobre la Menopausia, que tuvo lugar en el Puerto de Sydney (Australia) en 1996. Los sistemas sanitarios no se quedaron atrás y crearon programas y unidades específicas de menopausia. La sociedad en su conjunto se sentía en el deber de tratar esta peligrosa enfermedad<sup>2,3</sup>. En aquellos momentos se recomendaba el uso del THS a corto plazo para el tratamiento de la perimenopausia altamente sintomática, pero también su uso universal y a largo plazo en las mujeres posmenopáusicas asintomáticas para una gran variedad de procesos, como la osteoporosis, las enfermedades cardiovasculares o la enfermedad de Alzheimer. Incluso se postulaba que mejoraba la calidad de vida<sup>4</sup>. Parecía, pues, que la medicina había encontrado el remedio contra el envejecimiento de la mujer, «el elixir de la vida». El resultado fue el uso generalizado de preparados combinados de estrógenos y progesterona.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de finales de la década de 1990 y principios de la de 2000, las cifras de consumo llegaron a ser muy elevadas, sobre todo en Europa, América del Norte y Australia, llegándose a más del 40 % de las mujeres posmenopáusicas en tratamiento<sup>5</sup>. En España, su uso en esos años fue del 5-6 % de las mujeres en este tramo de edad<sup>6,7</sup>. A pesar de un uso tan extenso, los datos sobre su eficacia como tratamiento preventivo seguían siendo escasos en esos momentos y basados sólo en estudios observacionales. Sin embargo, el que no existieran ensayos clínicos que avalasen su uso para esta indicación no fue óbice para que la estricta Food and Drug Administration (FDA) lo autorizase. Con esta incomprensible decisión quedó sancionado su uso generalizado, a lo cual se sumaron la mayoría de comités de expertos y revistas de prestigio<sup>4</sup>.

En medio de este ambiente tan favorable a la THS, ocasionalmente se alzaba alguna voz en contra de la excesiva confianza de la comunidad científica. Así, la revista *BMJ*, en 1998, recordada en un editorial la falta de ensayos clínicos que avalasen su uso prolongado, y expresaba sus dudas sobre su relación beneficio-riesgo, al estar entonces ya bien documentado el aumento de riesgo de cáncer de mama; finalmente, rebatía la teoría de que los niveles plasmáticos de estrógenos se relacionaban con la supervivencia, al poner como ejemplo el hecho de que las mujeres japonesas tenían la mayor supervivencia del planeta pese a tener los niveles más bajos conocidos de estrógenos endógenos<sup>8</sup>. Los primeros datos fiables sobre el perfil de efectos secundarios del THS los aportó el estudio HERS, publicado en la revista *JAMA* en el verano de 1998. Se trataba de un ensayo clínico controlado con placebo diseñado específicamente para determinar si el THS reducía realmente la incidencia de coronariopatía. Se incluyeron 2.763 mujeres con una media de edad de 66,7 años y antecedentes de coronariopatía que fueron seguidas durante 4,1 años. El resultado fue que el THS no reducía la incidencia de nuevos episodios coronarios, ni de nuevas fracturas, mientras que, por el contrario, sí que producía un aumento de episodios tromboembólicos y de problemas en la vesícula biliar. Los propios autores concluían que no se debía aconsejar el THS en las mujeres con antecedentes de coronariopatía<sup>9</sup>.

A pesar de estos resultados, el consumo de THS siguió aumentando en todo el mundo durante unos cuantos años más. Desde la perspectiva histórica cuesta entender por qué los médicos siguieron prescribiendo el THS de forma generalizada. Quizás fuera debido al posible desconcierto inicial de los comités de expertos, o por la existencia de un arraigado conflicto de intereses (no necesariamente económico) en una gran parte del colectivo médico. En cualquier caso, sí que se puede afirmar que la industria farmacéutica se movió activamente para seguir promocionando el THS como terapia preventiva. Un ejemplo de su actitud durante esos años fue la intensa campaña de concienciación sobre los peligros de «la pérdida estrogénica» dirigida a la población general, en la que, entre otras estrategias, se incluyó la contratación de destacadas figuras de la vida pública, especialmente famosas modelos bien conservadas físicamente. El máximo exponente de esta estrategia fue la aparición de la ex modelo Lauren Hutton, en aquel entonces con 55 años, en un suplemento dominical de marzo de 2000 de la revista *Parade* (la más leída en EE UU en aquellos momentos). La revista dedicaba a la modelo la portada y una entrevista destacada, en donde se le interrogaba sobre el secreto para mantener su belleza, a lo cual contestaba que lo más importante era, sin duda, el TSH. El mismo número de la revista incluía, además, un anuncio publicitario de un determinado preparado de THS, de nuevo con la imagen de la ex modelo, en la que se seguía recomendando el producto para la prevención de múltiples enfermedades, a la vez que se omitía toda referencia a los efectos secundarios ya conocidos desde hacía unos años. Es difícil poder precisar el impacto de este tipo de estrategias en las ventas del producto, pero se sabe que esta campaña fue muy efectiva porque la ejecutiva que la diseñó recibió 2 años después el premio de la asociación de la industria farmacéutica americana a la mejor campaña de marketing<sup>2</sup>.

Sin duda alguna, el punto de inflexión del TSH se produjo tras la publicación de los resultados del estudio WHI, que marcó el principio del fin de su uso generalizado<sup>1</sup>. Este estudio confirmó algunos de los datos del estudio HERS, pero fue mucho más allá al permitir fijar con precisión la relación beneficio-riesgo del THS, que resultó totalmente desfavorable. Se trataba de un ensayo clínico doble ciego realizado con 16.608 mujeres norteamericanas de entre 50 y 70 años con un seguimiento medio de 8,5 años. Sus resultados indicaban que el THS aumentaba la mortalidad total (NNH: 1.000 a los 8,5 años), el riesgo de padecer cáncer, especialmente el de mama (NNH: 200 a los 8,5 años), y el riesgo de nuevos episodios de enfermedad cardiovascular (NNH: 67 a los 8,5 años). En otras palabras, por cada 10.000 mujeres tratadas se producían al año, y atribuidas al THS, 7 nuevos episodios coronarios, 8 ictus, 8 casos de embolia pulmonar y 8 casos de cáncer invasivo de mama. No obstante, el estudio pudo confirmar de forma concluyente que el THS efectivamente disminuía el riesgo de fracturas, aunque con una escasa significación clínica, ya que se necesitaba tratar con THS a 333 mujeres durante 8,5 años para prevenir una fractura de cadera, o lo que es lo mismo, se producían 5 casos menos de fractura de cadera por cada 10.000 mujeres tratadas durante 1 año. El estudio WHI era tan potente, tan bien diseñado y con unos resultados claramente desfavorables al uso del THS como actividad preventiva que sus resultados resultaron incontestables y conllevaron un cambio radical en su utilización. Al principio hubo algunas dudas y resistencias a aceptar sus resultados, aunque en breve fueron despejadas y la comunidad científica en bloque aceptó sus conclusiones<sup>10,11</sup>. El desplome del THS que siguió fue tan intenso en los meses-años posteriores a su publicación<sup>12</sup> que

en la actualidad ha quedado como una práctica residual, para mujeres con menopausia precoz o con menopausia altamente sintomática y durante períodos cortos de tiempo<sup>13</sup>. Como consecuencia, la mayoría de «consultas de menopausia» de los servicios de ginecología se cerraron, a la vez que se extinguieron los «programas de menopausia» de los CAP.

El fracaso del THS ha sido algo más que una triste historia, sin duda alguna ha constituido todo un desatino de profundas y preocupantes consecuencias a largo plazo. En la población general, se generó un gran desconcierto sobre las verdades de la ciencia del que aún no se ha recuperado. En el caso del colectivo médico, se instaló una desconfianza generalizada hacia los posicionamientos de los comités de expertos, las revistas médicas y las agencias reguladoras, a la vez que se generó un cierto escepticismo sobre los logros reales de la medicina. En este sentido, los resultados del estudio WHI podrían interpretarse como una especie de «castigo divino» por la arrogancia médica al pretender alterar un proceso natural (la diosa Némesis castiga a los mortales con la Hubris)<sup>14</sup>.

Los hechos relatados en esta reseña histórica indican que en el fiasco del THS se combinaron una serie de prejuicios con intereses diversos. En primer lugar, las expectativas sociales generadas por la revolución sexual de la década de 1960 y el auge del feminismo prepararon el terreno, pero también contribuyó la creencia excesiva en que la medicina iba a poder seguir cambiando radicalmente la vida de las personas. En el caso de los médicos expertos, fue determinante el excesivo afán de protagonismo de muchos o de algunos de ellos, y en otras, simplemente, la colaboración activa o pasiva con las estrategias de marketing de la industria farmacéutica. En el caso de los médicos prescriptores, seguramente se dejaron (nos dejamos) cegar por el brillo del progreso, y por una fe excesiva en los líderes de opinión y en la natural y necesaria confianza en las directrices adoptadas por las autoridades sanitarias. Por último, la administración sanitaria participó también de este proceso de psicosis colectiva, y al estilo de los personajes de *Rhinoceros*, de Ionesco, fue arrastrada por la inercia colectiva en lugar de atenerse a las pruebas existentes, que en ese momento no permitían avalar el uso del THS como actividad preventiva generalizada. La industria farmacéutica hizo lo que debía hacer, que es su función natural: convencer a la población y a los médicos de que sus productos son útiles, aunque para ello en ocasiones tenga que moverse en el límite impreciso que intentan imponerle las autoridades sanitarias. En todo este desahogado no hubiese estado de más que todos hubiésemos utilizado más la ciencia y evitado los conflictos de intereses de cualquier tipo. Nada garantiza que casos similares no puedan volver a repetirse.

#### Referencias bibliográficas

1. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risk and benefits of estrogen progestin in healthy postmenopausal women. *JAMA*. 2002;288:321-33.
2. Moynihan R, Cassels A. Working with celebrities. Menopause. En: Moynihan R, Cassels A. Selling Sickness. How the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients. New York: Nation Books; 2005. p. 4-60.
3. Pons JM. Devenir de la terapia hormonal sustitutiva. *Jano*. 2004;1532:855-63.
4. Toozs-Hobson P, Cardozo L. Hormone replacement therapy for all? Universal prescription is desirable. *BMJ*. 1996;313:350-1.
5. Lundberg V, Tolonen H, Stegmayr B, Kuulasmaa K, As-

- plund K. WHO MONICA project. Use of oral contraceptives and hormone replacement therapy in the WHO MONICA project. *Maturitas*. 2004;48:39-49.
6. Leal M. Tratamiento hormonal sustitutivo y enfermedad cardiovascular. *Aten Primaria*. 1998;22:315-20.
  7. Martínez-Pino I, Puig T, Quintana MJ, Sola J, Bonfill X. Prevalencia de tratamiento hormonal sustitutivo en mujeres que participan en un programa de cribado de cáncer de mama. *Med Clín (Barc)*. 2010;134:439-42.
  8. Khaw KT. Hormone replacement therapy again. Risk-benefit relation differs between populations and individuals. *BMJ*. 1998;316:1842-3.
  9. Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, Vittinghoff E. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *JAMA*. 1998;280:605-13.
  10. Palacios S, Calaf J, Cano A, Parrilla JJ; Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM). Conferencia de consenso. *Med Clín (Barc)*. 2003;120:146-7.
  11. Balasch J. Terapéutica hormonal sustitutiva como prevención en la menopausia: ¿fin de la controversia? *Med Clín (Barc)*. 2002;119:461-7.
  12. Lawton B, Rose S, McLeod D, Dowell A. Changes in use of hormone replacement therapy after the report from the Women's Health Initiative: cross sectional survey of users. *BMJ*. 2003;327:845-6.
  13. National Institute of the Science Panel. National Institute of Health State-of-the-Science Conference Statement: management of menopause-related symptoms. *Ann Intern Med*. 2005;142:1003-5.
  14. Némesis Médica. Iván Illich. Barcelona: Barral;1975.

### Más riesgos que beneficios con el tratamiento de la osteoporosis en la mujer

C. Catalán Oliver

En general, las actividades preventivas tienen sentido cuando su aplicación permite obtener más beneficios que daños, es decir, siempre que el balance es claramente positivo; su objetivo se centra en evitar enfermedades o lesiones en el futuro, sin embargo, los «efectos colaterales o secundarios» suelen aparecer en el presente y fundamentalmente en personas que en este momento no padecen aquello de lo que se les previene. En particular con la osteoporosis la necesidad de actuar sobre la aparición de fracturas y sus consecuencias, tanto por la morbimortalidad que ocasionan como por el importante impacto social y económico que generan ha justificado la prevención universal a toda mujer posmenopáusicas; para implementar esta estrategia los profesionales sanitarios y entre ellos los médicos de familia hemos sido y somos protagonistas principales. La consideración de osteoporosis como enfermedad aparece definida por la OMS a principios de la década de 1990 en función del valor de densidad mineral ósea establecido con la absorciometría dual de rayos X (DEXA). A partir de ese momento, se inicia la carrera de la transformación de una asociación estadística (factor de riesgo), aunque no causal, en un hecho prevenible, para lo que serán imprescindibles nuevos principios activos e incluso algunos ya utilizados para la menopausia, como la terapia hormonal sustitutiva, encuentran otras indicaciones. La prevención universal tiene costes económicos y de salud. Así, para evitar una fractura de cadera en una mujer de 50 a 54 años hay que hacer una densitometría a 7.446 mujeres y tratar a 227 mujeres, mientras que para prevenir esa fractura en el tramo de edad de 70 a 74 años hay que hacer una den-

sitometría a 254 mujeres y tratar a 51. En cuanto al coste, en 2007, en España, tan sólo el grupo terapéutico al que pertenecen los bifosfonatos (M05BA) supuso 250 millones de euros, sin que se observe ningún impacto en resultados en salud, es decir, una disminución de la incidencia de fracturas de cadera; por ello, es de suponer que un elevado porcentaje de estos fármacos son prescritos a pacientes con muy bajo riesgo de fractura sin ninguna evidencia científica que lo sustente y en las que el balance beneficio-riesgo es desfavorable. A esto hay que añadir la baja adherencia a los tratamientos de las enfermedades crónicas, que en el caso de la osteoporosis se estima en un 50 %. En cuanto a la seguridad para todo nuevo principio activo, su perfil de reacciones adversas (RA) se incrementa en función del número de envases consumidos, esto es lo que ha ocurrido por ejemplo con los bifosfonatos tras más de 10 años de comercialización, ya que inicialmente las RA más importantes que se describieron eran a nivel gastroesofágico, sin embargo en la actualidad la lista parece no tener fin, tanto por su diversidad (dolor musculoesquelético, fibrilación auricular, síndrome de túnel carpiano) como por su gravedad (osteonecrosis mandibular, cáncer esofágico, fracturas atípicas). No obstante, parece paradójico que todo el interés y el esfuerzo económico esté centrado sobre una parte del problema y, sin embargo, sea tan escasa la inversión y la dedicación de tiempo en las consultas a la prevención de las caídas que en definitiva es la causa final directamente relacionada con las fracturas. Las actividades encaminadas a detectar a las personas susceptibles de sufrir caídas, tanto por sus procesos crónicos, como por la polimedición (psicofármacos, antihipertensivos, antiarrítmicos) a la que están sometidos y a promover un ejercicio físico regular adaptado a sus condiciones y una alimentación apropiada (calcio, vitamina D), tienen un impacto superior en la prevención de fracturas que todo el arsenal terapéutico destinado a la osteoporosis.

Con el fin de superar los defectos de criterios basados en la DEXA que se arrastran desde el siglo pasado y otorgar mayor solidez científica, en 2007 se publicaron en España unas tablas con los factores de riesgo más predictivos de fractura vertebral y de cadera (por cierto a partir de estudios de incidencia en población holandesa), y recientemente auspiciado por la OMS, el algoritmo para el cálculo de riesgo FRAX, dirigido a determinar el riesgo absoluto a 10 años de fractura de cadera y de fractura osteoporótica clínica mayor en función de la presencia o no de los factores de riesgo más predictivos de fractura. Aunque aparentemente suponen un cambio de rumbo, la estrategia de «prevención universal» prevalece y por ello hay que recordar que, del mismo modo que las tablas de riesgo cardiovascular, estas nuevas herramientas son solamente tablas de riesgo y no de decisión, y por otra parte es un error trasladar los resultados que se obtienen de poblaciones a pacientes individuales (también conocido como tragedia clinicoepidemiológica de Feinstein). Solamente en la medida que nuestro paciente concreto se parezca a los pacientes que participaron en el estudio nos podemos plantear dar el salto desde el conocimiento epidemiológico y estadístico a la atención del individuo.

A partir de los criterios de efectividad, seguridad y cumplimiento de los medicamentos, el tratamiento farmacológico «preventivo», ni el cribado universal con DEXA, no están justificados en la mujer posmenopáusicas con un riesgo absoluto bajo de sufrir una fractura. Para el tema que nos ocupa, la única prevención posible es la prevención cuaternaria, es decir, la dirigida a evitar o atenuar las consecuencias de aquellas actividades innecesarias o excesivas del sistema sanitario.



## Bibliografía

- Bifosfonatos: una relación beneficio-riesgo dudosa. *Butlletí groc.* 2009;22(3).
- Feinstein AR. The problem of cogent subgroups: a clinicostatistical tragedy. *J Clin Epidemiol.* 1998;51:297-9.
- Gervás J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit.* 2006;20(Supl 3):66-71.
- Miguel García F, Montero Alonso MJ, Merino Senovilla A, Sanz Cantalapedra R, Maderuelo Fernández JA. Las cifras mágicas en la prevención farmacológica de la enfermedad cardiovascular y de fracturas. Una valoración crítica. *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra* 2009;17(4).
- Vázquez M. Osteoporosis: la crisis de un paradigma. *Med Clin.* 2010;134:206-7.

## MESA 8

### Atención al final de la vida: necesidades y realidades

Jueves, 17 de junio / 09.30-11.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Auditorio 3A

#### Moderador:

**José Javier Blanquer Gregori**

*Médico de familia. CS de San Blas, Alicante. Miembro del GdT Cuidados Paliativos de la semFYC y del GdT Atención Domiciliaria de la SVMFIC.*

#### Ponentes y contenido:

1. Realidad del abordaje integral en pacientes en situación terminal desde Atención Primaria:

«María se negó a comer»

**Ester Limón Ramírez**

*Médico de familia. EAP Ronda Prim, ICS, Mataró (Barcelona). Miembro del GdT Cuidados Paliativos de la semFYC y del GdT Atención Domiciliaria y TIC de la CAMFiC.*

2. Realidad del abordaje integral en pacientes en situación terminal desde los equipos de soporte CP: «Juan sigue con dolor»

**Marcos Lama Gay**

*Médico de familia. Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios, Pamplona. Máster en Cuidados Paliativos por la Universidad de Barcelona y el Instituto Catalán de Oncología (Promoción 2006-2007). Miembro del GdT Cuidados Paliativos de la semFYC.*

3. Realidad del abordaje integral en pacientes en situación terminal desde las unidades hospitalarias de CP: «José no para de ahogarse»

**Catalina Roselló Forteza**

*Médico de familia. Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General. Centro sociosanitario. Máster en Cuidados Paliativos por la Universidad de Barcelona y el Instituto Catalán de Oncología (Promoción 2004-2005). Miembro del GdT Cuidados Paliativos de la semFYC.*

#### Resumen

Los cuidados paliativos son la parte esencial en la atención a los pacientes al final de la vida con el objetivo de conseguir aliviar el sufrimiento y una muerte digna, sin que necesariamente tengamos que curar la enfermedad que la causa. Tienen una doble vertiente, aguda o crónica, y se puede actuar a diferentes niveles: sobre los síntomas emergentes,

sobre los otros sistemas corporales, con la modificación de actitudes psicológicas e información participativa, con la adecuación del ambiente físico próximo, con el apoyo familiar. Es, por tanto, necesario un enfoque multidisciplinario.

Aprender de nuestros aciertos y errores, observar las habilidades de otros profesionales e incorporarlas a nuestro desempeño profesional en el abordaje de los pacientes al final de la vida es una necesidad y una realidad que está ocurriendo en nuestra actividad asistencial diaria.

En esta Mesa os invitamos a «vivir» de forma activa cómo poder acompañar en la «muerte» a nuestros pacientes con la implicación de los diferentes niveles asistenciales y profesionales en un abordaje integral, con la metodología de qué hicimos y cómo podíamos haberlo hecho mejor, de forma práctica a través de tres realidades (María, Juan y José) que necesitaron ser atendidos por estos tres niveles asistenciales.

Realidad del abordaje integral en pacientes en situación terminal desde Atención Primaria:

«María se negó a comer»

**E. Limón Ramírez**

Nunca ha sido sencilla, ni simple, la relación entre médicos y pacientes. Y menos cuando nos encontramos ante el hecho incuestionable de la muerte.

Si nos centramos en la recta final de la vida, debemos reconocer que a todos nos cuesta acompañar a nuestros pacientes y a sus familias. Hacerlo nos enfrenta a la muerte, la propia, y la de los seres queridos. Pero si no lo hacemos, será difícil que podamos ayudar a otros en un camino que nosotros mismos no nos hemos planteado cómo queremos recorrer. Y no nos sirven las evasivas ni la huída hacia delante. La muerte es un hecho incontestable, nos iguala a todos y por eso debemos esperarla, entenderla, asumirla y aceptarla con dignidad, tendiendo una mano sensible e inteligente a los que la tienen próxima.

Si vamos a definir nuestras necesidades, si lo hacemos como profesionales, las deberíamos definir en función de lo que nuestros pacientes y sus familias nos soliciten y de lo que consideremos buenas prácticas.

Para los profesionales de Atención Primaria (AP), de cualquier país, la atención de los pacientes terminales es inherente a nuestro quehacer diario y es superior la satisfacción que nos provoca que el desgaste que percibimos<sup>1</sup>. Nos planteamos ya desde hace tiempo si podremos atender solos a estos pacientes y sus familias (que sabemos que son complejos y que requerirán tiempo y dedicación, pues cada proceso de atención es individualizado y personalizado, como un traje a medida). Sabemos que nuestro papel es necesario para que los pacientes puedan permanecer en sus casas el mayor tiempo posible<sup>2,3</sup>.

La bibliografía confirma la importancia de la continuidad del cuidado (la continuidad informacional y la relacional), y también la continuidad del manejo. Así que deberemos encontrar un equilibrio entre nuestras necesidades de conciliación de vida familiar y laboral y la necesidad de continuidad de cuidados.

Tenemos barreras, definidas, estudiadas y publicadas, personales, relacionales y organizacionales. Pese a todo, nuestros pacientes siguen pensando que somos el pilar de la coordinación y comunicación entre profesionales, que les permita estar bien atendidos en su domicilio<sup>4</sup>.

Llevamos a cabo muchas actividades (de las recomendadas en las mejores prácticas), pero seguimos sin abordar especí-

ficamente las necesidades espirituales, las económicas, y las derivadas de las diferencias culturales<sup>5</sup>.

No dudamos de la pertinencia, de la ética del tema, pero no estamos hablando con nuestros pacientes, no estamos avanzando en sus últimas voluntades<sup>6</sup>.

Si definimos nuestras necesidades en función de lo que se espera de nosotros, de lo que somos capaces de hacer, podríamos concluir que los médicos de familia necesitamos espacios, mentales y físicos, para poder llevar a cabo un ejercicio reflexivo y deliberativo de nuestra práctica. De este modo, podríamos incorporar la mejor evidencia, las mejores prácticas, las aportaciones de los compañeros, las opiniones y creencias del paciente y su familia.

#### Referencias bibliográficas

1. Groot MM, Vernooij-Dassen MJ, Crul BL, Grol RP. General practitioners (GPs) and palliative care: perceived tasks and barriers in daily practice. *Palliat Med.* 2005;19:111-8.
2. Groot MM, Vernooij-Dassen MJ, Verhagen SC, Crul BL, Grol RP. Obstacles to delivery of primary palliative care as perceived by GPs. *Palliat Med.* 2007;21:697-703
3. Kelly B, Burnett P, Badger S, Pelusi D, Varguese F, Robertson M. Doctors and their patients: A context for understanding the wish to hasten death. *Psycho-Oncology.* 2003;12:375-84.
4. Michiels E, Deschepper R, Van der Kelen G, Bernheim JL, Mortier F, Vander Stichele R, Deliens L. The role of general practitioners in continuity of care at the end of life: a qualitative study of terminally ill patients and their next of kin. *Palliat Med.* 2007;21(5):409-15.
5. Farber NJ, Urban SY, Collier VU, Metzger M, Weiner J, Boyer FG. Frequency and perceived competence in providing palliative care to terminally ill patients: a survey of primary care physicians. *J Pain Symptom Manage.* 2003;28(4):364-72.
6. Kahana B, Dan A, Kahana E, Kercher K. The personal and Social Context of Planning for End-of-life Care. *JAGS.* 2004;52:1163-7.

---

#### Realidad del abordaje integral en pacientes en situación terminal desde los equipos de soporte CP: «Juan sigue con dolor» M. Lama Gay

El cuidado de los pacientes al final de la vida se caracteriza por la presencia de síntomas de difícil control, la existencia de conflicto en la toma de decisiones respecto a los cuidados del paciente, alteraciones en la salud física y psicológica de sus cuidadores y las pérdidas financieras de la familia. Esta situación con lleva la aparición de crisis de necesidades, que generan una alta demanda de actuación de la familia-paciente hacia los profesionales sanitarios. Esta demanda se incrementa especialmente en situaciones de mayor complejidad y se asocia a una excesiva utilización de los servicios de hospitalización y urgencias. En estos casos, la solución de los problemas requiere, en ocasiones, una intervención terapéutica no convencional<sup>1</sup>.

A la hora de intentar abordar estos procesos, debemos tener muy en cuenta la necesidad de realizar una valoración integral del paciente, su familia y/o cuidadores principales<sup>2</sup>. Además de evaluar los diferentes síntomas físicos que presente el paciente, tenemos que tener en cuenta que, dentro de la expresión de algunos de ellos, intervienen la totalidad de dimensiones de la persona (física, psicológica y social), y que en algunos éstas pueden condicionar, y mucho, dicha expresión. La no valoración y abordaje de la situación psicológica y emocional del paciente, el grado de información sobre su proceso, la dinámica o las relaciones familia-

res, el estado del/los cuidador/es principal/es, sus recursos económicos y sociales, nos impedirá ofrecer una adecuada atención al binomio paciente-familia y probablemente nos llevará a marcarnos objetivos poco realistas.

La responsabilidad de la atención al paciente terminal en su domicilio es del equipo de atención primaria (EAP)<sup>3</sup>. No obstante, cuando el nivel de complejidad aumenta, la implicación en su atención de un equipo de soporte de cuidados paliativos, capacitado y formado específicamente para ello, puede garantizar el mejor control de los síntomas físicos y emocionales, constituyendo su actuación un apoyo especializado al proceso, y no una separación del profesional de Atención Primaria<sup>4</sup>. En estudios realizados mediante encuestas a médicos de familia sobre modelos de organización de cuidados paliativos en países con implantación de estos servicios desde ya hace años, se obtiene una mayor valoración de los servicios más cercanos a la AP<sup>5</sup>. Nuestra percepción es que aunque, en general, hay una alta satisfacción con estos servicios, son los fallos de coordinación y flexibilidad los que impiden realizar una verdadera atención compartida, lo que se confirma con la bibliografía<sup>6</sup>.

En situaciones tan complejas como las que afronta un paciente al final de su vida, la actuación coordinada de los diferentes recursos multidisciplinares en nuestro ámbito (EAP, equipo de soporte y unidad hospitalaria de cuidados paliativos) permitirán un mejor abordaje, lo cual no implica siempre una solución perfecta de todos los problemas identificados o sufridos por el binomio paciente-familia, pero sí probablemente logremos el alivio de algunos de ellos.

#### Referencias bibliográficas

1. Fernández-López A, Sanz-Amores R, Cía-Ramos R, Boceta-Osuna J, Martín-Roselló M, Duque-Granado A, Melero-Bellido JM. Criterios y niveles de complejidad en cuidados paliativos. *Med Pal.* 2008;15:287-92.
2. Nabal M, Pascual A, Llombart A. Valoración general del paciente oncológico avanzado. Principios del control de síntomas. *Aten Primaria.* 2006;38 supl (2):29-37.
3. Benítez del Rosario MA, Salinas Martín A, Asensio Fraile A, Armas J. Cuidados paliativos en atención primaria: opinión de los profesionales. *Aten Primaria.* 1999;23:187-91.
4. Rocafort Gil J, Herrera Molina E, Fernández Bermejo F, Grajera Paredes ME, Redondo Morado MJ, Díaz Díaz F, et al. Equipos de soporte de cuidados paliativos y dedicación de los equipos de atención primaria a pacientes en situación terminal en sus domicilios. *Aten Primaria.* 2006;38:318-26.
5. Alonso A. ¿Deben contar los cuidados paliativos con equipos de soporte de atención primaria? *Aten Primaria.* 2006;38(6):316-24.
6. Hanratty B. GP views on developments in palliative care services. *Palliat Med.* 2000;14:223-4.

---

#### Realidad del abordaje integral en pacientes en situación terminal desde las unidades hospitalarias de CP: «José no para de ahogarse» C. Roselló Forteza

En nuestro país, la atención y el control del enfermo crónico no oncológico recae sobre el médico de Atención Primaria (AP). Sin embargo, cuando se encuentra en estadios finales y requiere atención en los diferentes niveles asistenciales, las transferencias en materia de sanidad y servicios sociales hace que su asistencia no esté suficientemente ordenada ni homogeneizada.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un buen ejemplo de las enfermedades no oncológicas de fallo de órgano crónica y progresiva. En España representa una de

las mayores causas de morbilidad y mortalidad. El estudio EPI-SCAN cifra su prevalencia en el 10,2% de entre 40 y 79 años, y la quinta causa de mortalidad global<sup>1</sup>.

Su evolución se caracteriza por un lento empeoramiento de la función pulmonar con frecuentes reagudizaciones, seguidas de períodos de estabilidad, con disnea incapacitante a mínimos esfuerzos, que provoca un alto nivel de dependencia funcional, una elevada utilización de los servicios sanitarios y una muerte prematura<sup>2</sup>. Sus familias muchas veces están adaptadas a esta situación de disnea severa e impacto significativo sobre la calidad de vida del paciente.

Actualmente no existen unos criterios pronósticos válidos para predecir la mortalidad a corto plazo e incluir directamente a estos pacientes en un programa de atención paliativa<sup>3</sup>. Los pacientes mueren por incidencias no esperadas; sobreinfecciones, complicaciones cardíacas, etc., que si las superan tienen períodos de estabilidad con una supervivencia más o menos larga. Algunos autores defienden que la atención en estadios finales puede requerir un modelo mixto de manejo, combinando el control de los síntomas cuando el pronóstico es pobre, con medidas de mantenimiento cuando el pronóstico es incierto<sup>3</sup>.

Al igual que en los pacientes oncológicos, en la atención al paciente en estadios graves debemos planificar los cuidados y preservar la autonomía del paciente. Debemos promover su participación en la toma de decisiones terapéuticas mediante la mejora en la comunicación y la información; explorar y facilitar la comunicación de sus preocupaciones y miedos; incluso, explicar el fracaso del tratamiento en determinadas situaciones, para que pueda expresar sus preferencias y cambiar los objetivos terapéuticos promocionando el confort.

Como conclusión, para mejorar la atención al final de la vida de los pacientes terminales, necesitamos programas de atención continuada específicos que integren la atención socio-sanitaria mediante equipos multidisciplinarios y que incidan en la necesidad de coordinación y colaboración de todos los niveles asistenciales implicados en el cuidado de paciente y su familia<sup>3</sup>.

#### Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. 2009.
2. Hanks G, Cherny NI, Christakis NA, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 4.ª ed. 2010.
3. Rubí M, Bertrán I, Renom F, García JL, Benito E. Cuidados paliativos en las enfermedades respiratorias crónicas en fase avanzada. Situación actual y propuesta de organización asistencial. Med Pal. 2005;12(1):39-46.

#### MESA 9

### Terrenos perdidos en Atención Primaria

Viernes, 18 de junio / 09.30-11.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Auditorio 3A

#### Moderador:

**José Álvaro Bonet Plá**

*Médico de familia. CS Salvador Pau, Valencia. Miembro del GdT Hipertensión Arterial de la semFYC.*

#### Ponentes y contenido:

1. ¿Medicina de familia sin atención a la mujer?

**Ana M.ª Saavedra Ruiz**

*Médico de familia. CS Universitario La Chana, Granada. Miembro del GdT Atención a la Mujer de la semFYC.*

2. Atención al paciente al final de la vida, ¿terreno perdido?

**Lorenzo Pascual López**

*Médico de familia. CS Manises, Valencia. Miembro del GdT Cuidados Paliativos de la semFYC y del Grupo Atención Domiciliaria de la SVMFiC.*

3. Urgencias y emergencias: ¿terreno perdido o abandonado?

**Juan Antonio Cordero Torres**

*Médico de familia. Coordinador nacional del GdT Urgencias y Atención Continuada de la semFYC. Facultativo de la Unidad de Emergencias 112 y del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Profesor asociado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura.*

#### Resumen

##### ¿Pérdidas o utopías?

La Atención Primaria (AP) en nuestro país se definió con criterios muy ambiciosos. Los primeros textos establecían un perfil de médico de familia (MF) dominador de amplias zonas de la patología, buen investigador, ducho en conocimientos estadísticos, mediador social, consejero familiar y otras muchas cosas. Pocas cosas quedaban fuera de su ámbito de competencia.

Sin embargo, la evolución de la sociedad, la complejidad de muchas tareas, la presión asistencial, las limitaciones de los profesionales y algunas decisiones de los administradores sanitarios alejadas, no tanto de la AP, como de una forma de entender la sanidad eficiente y sostenible, han hecho que muchas de las tareas que, en principio, se estimaba que el MF debía asumir, hayan sido cubiertas por otros dispositivos.

Los servicios de emergencias, las unidades de hospitalización domiciliaria (UHD) y los centros de salud sexual y reproductiva se han configurado como recursos específicos y alejados de la actuación de los MF que, en muchos casos, se han desentendido de la atención a los pacientes que atienden.

En esta Mesa abordaremos la situación actual de esos tres campos de actuación y cómo en este momento se puede ofrecer una atención realista y eficiente por los MF.

##### ¿Medicina de familia sin atención a la mujer?

**A.M. Saavedra Ruiz**

La práctica clínica del médico de familia se caracteriza por su abordaje integral, es decir, la oferta a su población de cuidados curativos, preventivos y de promoción de la salud. Es fundamentalmente en el ámbito de la Atención Primaria (AP) donde deben realizarse todas las actuaciones profesionales encaminadas al diagnóstico precoz, la prevención de la enfermedad, y la promoción de la salud. La atención integral a las mujeres es parte de nuestra práctica como médicos de familia, y sin embargo, se realiza de forma muy desigual según las distintas zonas geográficas y la política sanitaria de cada comunidad autónoma<sup>1</sup>: modelos con atención exclusiva por matronas/obstetras, dispensación de tareas, atención compartida con distintos profesionales (matronas, obstetras, enfermeras de familia), existiendo en muchos casos poca o ninguna implicación por parte de los médicos de familia.

Los argumentos a favor para asumir estas tareas son más sólidos y numerosos que los argumentos en contra; la continuidad en la atención y la accesibilidad son características

inherentes a nuestra especialidad, asegurando mayor cobertura y acceso a poblaciones de riesgo. En el ámbito de la atención a la mujer, debemos mantener la continuidad en la atención que brindamos a nuestra población. No hay que hacer un paréntesis cuando una mujer queda embarazada, nos solicita planificación familiar o realizamos actividades preventivas, delegando esta tarea en otros. El médico de familia se encuentra en una situación privilegiada para dar consejo, conocer los antecedentes patológicos, la situación familiar y los factores socioculturales que rodean a sus pacientes. Para la salud de las mujeres, es importante que el médico de familia preste una atención ginecoobstétrica satisfactoria, de igual manera que esto revierte en nuestra satisfacción como médicos en la práctica clínica diaria.

Entre los sectores más críticos, se alega en contra de la falta de tiempo, la formación insuficiente, la falta de medios... todos ellos argumentos poco consistentes. No son actividades que precisen de una tecnología especial, ni de exploraciones sofisticadas, pero sí de una adecuada preparación de los profesionales, y sobre todo de una adecuada motivación. Es importante la formación de los residentes en este campo, y por ello las unidades docentes de Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC) deben velar por la adquisición por parte de los residentes de medicina familiar de las competencias dirigidas al área de salud de la mujer que se recogen en el Programa Nacional de la Especialidad. Éstas se refieren, fundamentalmente, al seguimiento del embarazo de bajo riesgo obstétrico, consejo preconcepcional, métodos anticonceptivos, técnicas de cribado de cáncer ginecológico, atención al climaterio y manejo de las patologías ginecoobstétricas más prevalentes<sup>2</sup>. De hecho, me consta la buena formación que reciben los residentes de MF en sus rotaciones de ginecología y obstetricia, o por lo menos esos son mis recuerdos de mi estancia hospitalaria. Esto presenta el reto de poner en práctica en nuestra consulta diaria estos conocimientos adquiridos, y creo que en esta labor tenemos un papel relevante los tutores, que debemos normalizar la atención a la mujer en el día a día. El residente debe incorporarse al abordaje de la atención a la mujer, y lo que no vea hacer a su tutor, difícilmente lo pondrá en práctica posteriormente, olvidando los conocimientos aprendidos en su formación.

Es cierto que hay quienes discuten que el médico de familia dedique su tiempo y energía a estas tareas, «si ya lo hacen las matronas»; cada vez se incorporan a la cartera de servicios de Atención Primaria más actividades: cirugía menor, anticoagulación... esto nos hace más médicos, pero ¿y la atención a la mujer? Siempre se encuentra tiempo si algo nos gusta y nos satisface.

A esto se añade, además, la desinformación actual de nuestra población, ayudada por la presión asistencial en nuestras consultas, y unida a un desprestigio del primer nivel y degradación de los médicos de familia en nuestro país, que se ha sufrido durante décadas, y cuyas secuelas vivimos<sup>3</sup>. Sin contar con nuestro propio desinterés y desmotivación, (muchos profesionales de Atención Primaria no quieren "más trabajo"), y a veces la falta de colaboración de una minoría de nuestros colegas especialistas, que hace que esta labor sea aún más difícil de realizar. Sin embargo, es importante la estrecha colaboración de la AP con los servicios de ginecología para completar la atención de nuestras pacientes. Los médicos de familia necesitamos de los ginecólogos, como de los otros especialistas, y precisamos de su especialización y su alta tecnología para resolver determinados problemas de nuestras pacientes. Y no debemos olvidar que cuanto mejor sea esa colaboración, mejor para las mujeres, nuestras pacientes, pero también para los médicos de familia y ginecólogos.

Los motivos de consulta ginecoobstétricos pueden suponer un gran porcentaje de la demanda generada por las mujeres en edad fértil (15-45 años), y entre ellos, los más frecuentes son visitas de planificación familiar, citologías cervicales, seguimiento del embarazo, alteraciones menstruales, problemas mamarios y vulvovaginitis<sup>4</sup>, la mayoría de los cuales que pueden y deben ser resueltos por el médico de familia.

La atención ginecoobstétrica en el área de la AP es necesaria para los médicos de familia y para las pacientes. La atención en la salud de la mujer y, especialmente, en la salud reproductiva, es una actividad gratificante que crea fuertes lazos positivos entre los médicos y las familias. A veces constituye un oasis, en un día a día donde convivimos con dolores continuos, malestares irremediables, con el riesgo del enfermo cardiovascular, y todo ello junto a la burocracia informática. Cuando se valora el grado de satisfacción en la atención ginecoobstétrica recibida en AP y en atención especializada no existen diferencias, según afirman varios estudios. Los pacientes están más cerca del médico de familia que de ningún otro especialista. Además, los médicos de familia con práctica ginecoobstétrica están más satisfechos con su trabajo y tienen más éxito con los pacientes<sup>5,6</sup>.

La experiencia en nuestro centro de salud, con un modelo de gran participación por parte del médico de familia en atención a la mujer, nos ha proporcionado grandes satisfacciones en nuestra práctica clínica diaria, generando y fortaleciendo las relaciones médico-paciente. Esto debe ser un estímulo para seguir realizando esta actividad. Como médicos de familia, tenemos que reivindicar el reconocimiento generalizado de nuestras competencias en este ámbito. No es posible ofrecer una atención integral a las familias sin atender a la salud de las mujeres, y no podemos ser médicos de familia sin llevarlo a cabo.

#### Referencias bibliográficas

1. Arribas L, Bailón E, de la Iglesia B. El médico de familia y el control del embarazo en las distintas comunidades autónomas. *Aten Primaria*. 2002;29:233-6.
2. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Programa de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2005.
3. Bailón E, Arribas L, del Cura I, Delgado A, Gutiérrez B, López A, Prieto A. Atención a la salud del área reproductiva de las mujeres en atención primaria. *Aten Primaria*. 2004;33:115-7.
4. Saavedra A, Solana M, Duarte S, Alemán P, Arribas L. Consultas gineco-obstétricas de mujeres en edad fértil en medicina familiar. Comunicación al XXIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Sevilla, 2004.
5. Larimore WL, Sapolsky BS. Maternity care in family medicine: economics and malpractice. *J Fam Pract*. 1995;40:153-60.
6. Castejón R, Delgado A, de la Revilla L, Solís JM, Ceinos F, Bellón JA. Estudio comparativo de la calidad de la atención prenatal entre centros de salud y hospital. *Aten Primaria*. 1989;6:706-12.

#### Atención al paciente al final de la vida, ¿terreno perdido?

L. Pascual López

Los cuidados paliativos surgen en los *hospice* anglosajones a finales de la década de 1970, con el objetivo de dar una atención integral a los pacientes con cáncer en fase terminal, que establece como prioridad principal la obtención de la máxima calidad de vida en los últimos momentos de la enferme-

dad, aliviando así, el sufrimiento de los pacientes y de sus familias.

El envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de los pacientes con enfermedades crónicas hacen que la prevalencia de éstas crezca progresivamente. En la actualidad se estima que en los países desarrollados el 50-60 % de la población fallece por enfermedades crónicas evolutivas<sup>1</sup>. Se ha constatado que el sufrimiento de los pacientes con enfermedades crónicas es comparable al de los enfermos de cáncer, lo cual evidencia la necesidad de extender los cuidados paliativos a las enfermedades crónicas evolutivas con pronóstico de vida limitado (insuficiencias de órgano, enfermedades neurológicas degenerativas)<sup>2</sup>.

Ante esta situación, los cuidados paliativos y la atención a las personas en los últimos momentos de su vida no deberían ser un «terreno perdido» para la AP y, por tanto, para los médicos de familia.

Nos encontramos ante un número considerable de pacientes con enfermedades crónicas evolutivas que van a pasar la mayor parte de su enfermedad en su domicilio y que, mayoritariamente, desean fallecer allí.<sup>3</sup> Tanto los planes nacionales como autonómicos de cuidados paliativos<sup>4</sup> subrayan que la responsabilidad de la atención a los pacientes en fase avanzada mientras éstos permanecen en su domicilio corresponde a los médicos de familia.

Por lo tanto ¿«terreno perdido»? o ¿pacientes y familias con necesidades físicas, emocionales, espirituales y de tipo práctico, a los que los médicos de familia debemos prestar una atención de calidad? No es el momento de discutir si debemos hacerlo o no, sino de plantearnos cómo hacerlo bien.

La creación de equipos específicos de cuidados paliativos para la atención a pacientes en fase avanzada en el domicilio surge en diferentes ámbitos y con estructuras distintas (PADES, UHD, ESAD, Asociación española contra el cáncer). Aunque razones de eficiencia aconsejaban que estuviese claramente definido el ámbito de actuación de estos equipos<sup>5</sup>, en ocasiones no ha sido así, constituyéndose redes de atención paralela, con la consiguiente sustitución de las funciones de los EAP.

Los equipos específicos de cuidados paliativos deben tener una función de soporte a los médicos de familia, centrandose su atención en aquellos pacientes que, por su complejidad, requieran la intervención de equipos especializados. En estos momentos, es prioritario consensuar los criterios de intervención de los diferentes niveles asistenciales asociados al nivel de complejidad. Existen ya experiencias que contribuyen a clarificar los ámbitos de actuación y pueden ser de utilidad<sup>6,7</sup>.

Las intervenciones de estos equipos específicos en muchas ocasiones serán puntuales e idealmente compartidas con los EAP, que son los que asumirán la responsabilidad de la atención nuevamente tras la intervención.

Los modelos organizativos deben ser permeables, y el paciente debe ser atendido en el nivel asistencial adecuado en función de sus necesidades (figura 1).

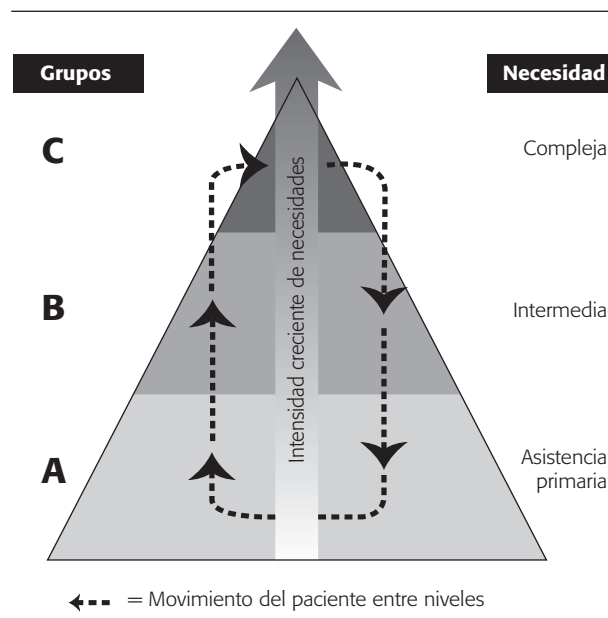
#### Propuestas de mejora en Atención Primaria

Es evidente la necesidad de mejorar la atención prestada a estos pacientes en todos los niveles asistenciales y, por tanto, también en AP.

Parece fundamental que cada médico de familia identifique correctamente a los pacientes en fase avanzada que serán subsidiarios de recibir cuidados paliativos.

La discusión sobre cuándo debe ser considerado «terminal» un paciente en función de su expectativa de vida, con la consiguiente dificultad de estimar la supervivencia en el caso de los pacientes no oncológicos, debe ser superada. La atención

Figura 1. Niveles asistenciales de intervención<sup>12</sup>



fundamentalmente paliativa debe realizarse en función de las necesidades del paciente y su familia, más que en la estimación del tiempo de supervivencia.

Existen experiencias en el ámbito de AP que nos pueden ayudar a una correcta identificación de los pacientes (Gold Standards Framework)<sup>8</sup>.

La clave de esta atención es la formación adecuada de los profesionales, siendo áreas importantes de mejora la comunicación y el apoyo emocional al paciente y su familia, la atención al duelo y, en general, los cuidados a pacientes no oncológicos.

Frente a cursos de larga duración, debemos plantearnos sesiones clínicas internas de revisión y presentación de casos clínicos en los EAP. Deberían promoverse páginas web de ayuda en la consulta accesibles a todos los médicos de familia; algunos ejemplos pueden ser de utilidad ([www.caresearch.com.au](http://www.caresearch.com.au), [www.cks.nhs.uk/palliativecare](http://www.cks.nhs.uk/palliativecare)).

Parece prioritario establecer tiempos específicos para la realización de atención domiciliar programada. No se debe caer en la contradicción de estar una parte importante de nuestro tiempo asistencial realizando labores burocráticas y atendiendo a problemas de salud menores, y acudir falta de tiempo y sobrecarga asistencial para no poder realizar una atención adecuada a pacientes con enfermedades graves<sup>9</sup>.

Desde diferentes ámbitos<sup>7</sup> se ha subrayado la conveniencia de establecer un médico de familia referente en cada EAP del Programa de Cuidados Paliativos, que actuaría como impulsor y facilitador del desarrollo del programa, promovería las actividades de formación continuada y sería el enlace con los equipos de soporte del departamento.

Existen experiencias de seguimiento proactivo telefónico de los pacientes («Gestión de casos») realizadas por enfermería. Estas experiencias están realizadas fundamentalmente por unidades especializadas y centradas en determinadas patologías (insuficiencia cardíaca)<sup>10,11</sup>. Debemos ser permeables a estas experiencias innovadoras y valorar su utilidad en AP.

La atención a los pacientes al final de la vida no es de ninguna manera un «terreno perdido» para los médicos de familia, sino más bien un reto al que debemos dar respuesta.

## Referencias bibliográficas

1. McNamara B. A method for defining and estimating the palliative care population. *J Pain Symptom Management*. 2010;32(1):5-12.
2. WHO Europe. Better palliative care for older people. 2004.
3. Gomes B, Higginson I. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ*. 2010.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud. 2007.
5. Benítez MA, Gimeno V, Gómez M, Duque A, Pascual L, et al. Documento de consenso SECPAL-semFYC. Atención al paciente con cáncer en fase terminal en el domicilio. *Aten Primaria*. 2001;27:123-36.
6. Fernández A, Sanz R, Cia R, Boceta J, Martín M, Duque A, et al. Criterios y niveles de complejidad en cuidados paliativos. *Med Pal (Madrid)*. 2008;15(5):287-92.
7. Herrera E, Rocafort J, Cuervo M, Redondo M. Primer nivel asistencial en cuidados paliativos: evolución del contenido de la cartera de servicios de atención primaria y criterios de derivación al nivel de soporte. *Aten Primaria*. 2006;38 (Supl2):85-92.
8. Munday D, Dale J. Palliative care in the community. *BMJ*. 2007;334(7598):809-10.
9. Grupo ATDOM de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Aproximación a la atención domiciliaria. ¿Cómo trabaja la sanidad pública catalana la atención domiciliaria? *Aten Primaria*. 2003;31(8):473-9.
10. GESICA I. Randomised trial of telephone intervention in chronic heart failure: DIAL trial. *BMJ*. 2005;331(7514):425.
11. Clark RA, Inglis SC, McAlister FA, Cleland JGF, Stewart S. Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2007;334(7600):942.
12. Palliative care Australia. A guide to palliative care service development: a population based approach. 2005.

## Urgencias y emergencias: ¿terreno perdido o abandonado?

J.A. Cordero Torres

### La participación de los médicos de familia en la atención urgente

Desde que nació la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), hace más de 20 años, ha sufrido un proceso continuo de evolución y la necesidad de adaptarse a las necesidades de la población, un alcance de nuevos horizontes y la consolidación de la especialidad.

Con el progresivo aumento de la actividad asistencial y por las propias características de la patología urgente, ha sido necesario crear un equipo de profesionales para estabilizar y homogeneizar la actividad médica en los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios.

Las características del médico de familia (formación multidisciplinaria e integral), las peculiaridades de los enfermos que acuden a urgencias y las cualidades organizativas de los servicios de urgencias, dotan al especialista de MFyC de un perfil óptimo para desarrollar su actividad profesional en dicha área.

Desde la incorporación de los primeros médicos de familia al mercado laboral, el número de los que ha elegido trabajar en marcos distintos al centro de salud, es cada vez mayor. En este sentido puede constatarse con facilidad la presencia de estos especialistas en gestión o administración, en estructuras docentes, en unidades de hospitalización domiciliaria y, en un número muy considerable, en servicios hospitalarios y extrahospitalarios de urgencias.

Las causas que han llevado a los médicos de familia a trabajar en urgencias pueden ser discutidas, si bien es razonable admitir que, tras años de dedicación, los profesionales que permanecen en urgencias lo hacen preferentemente por cuestiones de gusto y voluntad propia.

Éstas y otras circunstancias, que *a priori* no son algo negativo, con el paso del tiempo, la sobrecarga asistencial, la burocratización y la propia administración lenta y perezosa en ofertar alternativas imaginativas «externaliza» una competencia más del médico de familia (en este caso, la atención urgente) en lugar de adaptar la estructura a que se puedan atender también pacientes urgentes, con la consiguiente pérdida de habilidad y competencia también en este campo en poco tiempo.

### Los médicos de familia en la atención «urgente/continuada»: mitos y leyendas

La propia creación de la especialidad en sus inicios, con el afán de encontrar un espacio propio en el que otras especialidades no pudiesen competir, haciendo bandera de lo «psicosocial» en un momento en el que aún no se había consolidado de una forma definitiva la verdadera y óptima calidad de la asistencia a «lo biológico» hizo que, en sus inicios, se generasen una serie de mitos y leyendas de la relación de los médicos de familia con las urgencias. A saber: a los médicos de familia «no les gustan las urgencias»; «sólo quieren trabajar por las mañanas», «las urgencias de atención primaria son distintas a las del hospital»; «esto lo soluciona una especialidad».

Este teórico «desapego» de los médicos de familia por las urgencias se consolida con la creación de la atención continuada, que aunque conceptualmente estaba basada en buenas ideas, como mejorar la asistencia sanitaria, acercar recursos (accesibilidad), punto de encuentro distinto al de las urgencias hospitalarias y con beneficios añadidos que serían la mejora de las propias urgencias hospitalarias ya que los «nuevos» médicos de familia derivaran menos pacientes al sistema hospitalario permitiendo, así, una mejor atención de las «verdaderas» urgencias, a la postre ha derivado en una falacia para fragmentar un colectivo, deshacernos de una parte de nuestra actividad que en determinados días y horarios es incómoda para que la realicen otros compañeros «con menos suerte», en la mayoría de las ocasiones ajenos a los equipos.

### La progresiva pérdida/abandono de una competencia propia. Dificultades para la «recuperación» y un poco de autocritica

La propia estructura se ha vuelto compleja en los últimos años. No hablamos ya de una doble puerta de entrada (Atención Primaria [AP], atención especializada [AE]). El usuario puede elegir para un mismo proceso múltiples opciones (AP, AE, urgencias hospitalarias, atención continuada, SUAP, emergencias,...) exigiéndosele que acierte su elección o el riesgo de ser increpado o, lo que es peor, entrar en el temido *infinite loop* (bucle sanitario sin fin).

Si aceptamos algo de autocritica, desde nuestra propia organización (semFYC) tampoco hemos sabido probablemente «gestionar» de forma adecuada el progresivo y exponencial aumento de residentes que en los últimos años optaban por la urgencia, la emergencia o la atención continuada como su campo de trabajo. Esto ha generado un importante número de socios (estimados en más del 20 % en documentos internos), que no se correlaciona con el peso que este colectivo debería tener tanto en la estructura jerárquica de decisión como en las actividades (congresos, jornadas, publicaciones...) que la propia organización implementa. La creación del Grupo de Urgencias y Atención

Continuada en el año 2002 (uno de los 30 que tiene la semFYC), la organización de jornadas específicas que no han tenido continuidad por cuestiones económicas y no ver a las revistas propias como foro adecuado donde dar salida a nuestras publicaciones no han sido suficientes para fidelizar un colectivo que ha sido atraído por otras organizaciones que han aprovechado la ocasión para profundizar en el discurso de «a los médicos de familia no les interesan las urgencias», para utilizarlo como argumento en reivindicaciones relacionadas con la creación de una nueva especialidad.

El nuevo Programa de la Especialidad recupera en cierta medida y potencia la formación en urgencias y emergencias. Es una oportunidad para recuperar este terreno casi perdido, una competencia y habilidad sin duda propia del médico de familia para la que necesita un tiempo. Un tiempo que nos están «robando» para cuestiones que poco tienen que ver con atender a pacientes y que, evidentemente, nos gustan menos.

### Bibliografía

- Atención a Urgencias domiciliarias desde Atención Primaria. Medicina General. 2001;38;789.
- Buitrago F, Vergeles JM. Impacto de una óptima atención primaria en la utilización de los servicios de urgencia hospitalarios. Med Clin (Barc). 1997;109:565-6.
- Caballero A, et al. El médico de familia en los distintos niveles de la atención urgente. Libro de Ponencias y Comunicaciones. IX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar. Sevilla, 1998; p. 1-24.
- Caballero Oliver A, Cordero Torres JA, Arnillas Gómez P, et al. Medicina de familia y urgencias. Seguimos juntos (Editorial). Aten Primaria. 2006;38(5):247-9.
- Cordero Torres JA, Carbonell Soriano M, Canals Aracil M, Arroyo Fernández de Aguilar J. Las urgencias y las emergencias en la formación del médico de familia. Aten Primaria. 2005;36(Supl 1):93-5.
- Cordero Torres JA, Castro Villamor MA. La formación en urgencias en el Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria. 2008;40:102-3.
- Gallo FJ, et al. Perfil profesional del médico de familia. Atención Primaria. 1999;23:236-48.
- Lisa V. Papel del médico de familia en las urgencias hospitalarias. Aten Primaria. 1998;21:509-10.
- Martín A, Ledesma A, Sans A El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. Aten Primaria. 2000;25:48-57.
- Murphy AW. «Inappropriate» attenders at accident and emergency departments II: health service responses. Fam Pract. 1998;15:33-7.
- Vitores Pición MP, Cortés Durán PM, Fernández M, Torres L, Tomey I, Iradier D, et al. Evaluación de la organización en la atención de pacientes sin cita. Atención Primaria. Septiembre 2001;28(5):298-304.

### MESA 10

## Gripe A: pandemia o pandemónium

Jueves, 17 de junio / 12.00-13.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3F-3G

### Moderador:

**Joan Puig Barberà**

*Médico de familia. CS Pública de Castellón y Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Valencia. Miembro del GdT Enfermedades Infecciosas de la semFYC y del Grupo de Prevención de Enfermedades Infecciosas del PAPPs.*

### Ponentes y contenido:

1. La «hipodemia» de gripe A: mirando hacia atrás sin ira

**Josep Casajuana Brunet**

*Médico de familia. Gerente de Atención Primaria de Barcelona Ciudad, ICS.*

2. Verdades de la pasada pandemia H1N1

**Raúl Ortiz de Lejarazu Leonardo**

*Jefe del Servicio de Microbiología e Inmunología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Director del Centro Nacional de Gripe de Valladolid.*

### Resumen

Una pandemia (vocablo que procede del griego pandêmon nosêma, de παν [pan = todo] + δῆμος [demos = pueblo] + nosêma [= enfermedad]) es una expresión que significa enfermedad de todo un pueblo.

Pandemónium, lugar en que hay mucho ruido y confusión. La palabra, traducida libremente como todos los demonios, es el nombre inventado por John Milton para la capital del Infierno. Los demonios la construyen en el plazo de una hora, pero sobrepasa todos los lugares habitados por seres humanos. La OMS declaró el día 11 de junio de 2009 la existencia de una pandemia por un nuevo virus de la gripe denominado A/California/4/2009 o A (H1N1) 2009.

Medio año después, existe una sensación de desmesura y hasta de despropósito entre las alertas y las medidas tomadas y el impacto que este nuevo virus de la gripe ha tenido sobre la salud de la población. No menos preocupante es el discurso de que todo el fenómeno se ha desarrollado en un contexto manipulado y con importantes y oscuros conflictos de interés.

Como contrapartida, la duda sistemática sobre el papel de las instituciones y de la ciencia que apoya las nuevas tecnologías (p. ej., las vacunas), vistos los beneficios innegables que ambas han supuesto y suponen para la humanidad es, en sí misma, un riesgo que compromete la protección de la salud pública frente a amenazas futuras.

Esta Mesa, a mitad de camino entre ambas temporadas gripeales y del mes de junio de 2010, está situada en un momento óptimo en el tiempo para analizar estos temas. Y, muy especialmente, desde la perspectiva del médico de familia en sus facetas de gestor, consultor, consejero, informador, investigador, docente y clínico.

### La «hipodemia» de gripe A: mirando hacia atrás sin ira

**J. Casajuana Brunet**

Resulta fácil opinar a toro pasado y criticar abiertamente la gestión realizada en relación a la pandemia de gripe A de 2009. De todas y cada una de las decisiones que tomamos en la vida se derivan consecuencias positivas y efectos secundarios. Es evidente que en la gestión de esta crisis se cometieron una serie de errores que han tenido unas consecuencias determinadas. Sin embargo, la finalidad de un análisis en positivo no es tanto saber «quién ha sido el culpable» (esta visión suele resultar poco práctica, aunque más mediática) sino «cuáles han sido las causas y las consecuencias» (visión pragmática menos vistosa pero útil para el aprendizaje).

### Una breve narración de los hechos

Los diferentes actores que han participado en esta obra han sido: la Organización Mundial de la Salud (OMS), los políticos, los expertos/asesores, las sociedades científicas, los gestores, los profesionales, los medios de comunicación y la población.

A partir de las primeras notas que aparecieron en la prensa, la OMS generó una alarma que fue creciendo exponencialmente hasta situarnos en el nivel de pandemia, con previsiones altamente catastrofistas. Los políticos, en general, fueron siguiendo las recomendaciones de la OMS que no eran refutadas, sino más bien al contrario, por sus expertos asesores. Las sociedades científicas de Atención Primaria se comportaron como «auténticos expertos» amparando las recomendaciones oficiales.

Aunque la información sobre las consecuencias del nuevo virus H1N1 se iba incrementando y de forma paulatina se veía que no se ajustaba a las previsiones existentes, las recomendaciones y protocolos se mantuvieron casi invariables. Muchas de las recomendaciones que se realizaban no estaban basadas en ningún tipo de evidencia y parecían responder más a la imperiosa necesidad de «hay que hacer algo» con independencia de que ello fuese o no útil.

Los gestores sanitarios, lógicamente, dispusieron la organización para dar respuesta a las necesidades en función de las previsiones y recomendaciones de OMS, expertos y sociedades.

Una parte de los profesionales, no mayoritaria, se fue posicionando en contra de la visión de los expertos, fue alcanzando de forma relativamente rápida un cierto nivel de unidad, y empezó a tener repercusión mediática y, por tanto, repercusión en el conjunto de la población. Ésta asistía sorprendida a la absoluta disparidad de criterios, opiniones y recomendaciones de distintos profesionales de reconocido prestigio.

La disparidad de criterios se percibía también en los propios centros de salud donde, por el mismo motivo (fiebre y tos), un individuo podía ser inmediatamente aislado, disfrazado, asustado y atendido por un «profesional enmascarado» en un determinado centro, mientras que en el centro vecino esperaba pacientemente en la sala de espera y era atendido del mismo modo que siempre.

Finalmente, menos gripe que nunca, menos muertes que nunca, menos vacunas que nunca, y más gasto que nunca.

La gestión de la gripe, la medicina basada en la evidencia (MBE), los expertos y la arrogancia de la prevención

El ejercicio de la MBE no implica que existan pruebas de gran calidad. Es la utilización de la mejor evidencia disponible, aplicada según la experiencia del profesional (sentido común tamizado por el conocimiento y aprendizaje adquirido) y teniendo en cuenta los valores y preferencias de los pacientes. Muchas veces, cuando intentamos aplicar la mejor evidencia disponible ajustada por nuestra propia experiencia nos encontramos que nuestra visión puede ser divergente de la que manifiestan los expertos. Y eso no está bien. Los expertos, como ya advirtió Sackett, pueden evitar el avance de la ciencia dado que resulta «arriesgado» mantener una opinión contraria a ellos, y resultan peligrosos, pues tienen un sesgo visual hacia su área de conocimiento experto, es decir, ven más de la cuenta.

Por otra parte, y también fue Sackett quién lo advirtió, la medicina preventiva es arrogante. Asume que cualquier acción con intencionalidad preventiva es buena en sí misma por encima de las pruebas existentes sobre su verdadero impacto, y a partir de ello la impone, incluso «por la fuerza».

En el caso que nos ocupa, la OMS y los expertos/asesores de los políticos actuaron según todos esos tópicos, y no supieron o no quisieron rectificar cuando la mayor disponibilidad de información lo permitía.

Las sociedades científicas de primaria (con la honrosa excepción de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria), o bien hicieron gala de un nivel de especialización similar a la de los expertos especializados o bien fueron víc-

timas del frecuente complejo de inferioridad ante la voz de «los más sabios». En todo caso, flaco favor hicieron al conjunto de profesionales de primaria.

Políticos y gestores se dejaron convencer, con toda lógica, por la voz de la OMS, expertos/asesores y sociedades científicas, a pesar de la contestación abierta y creciente de una parte del colectivo profesional.

Los medios actuaron de caja de resonancia del catastrofismo inicial, del esfuerzo preventivo posterior y del desconcierto generado por las discordancias.

Los profesionales, en conjunto, presentaron una alta variabilidad de actuaciones en función del balance de las fuerzas que influenciaban en su propia experiencia y conjunto de valores profesionales.

La población fue, quizá, la que más entendió que la situación no estaba clara, y que «en caso de duda, no adelante».

### El balance negativo de la gestión de la gripe A de 2009

- La yatrogenia producida (y no adecuadamente contabilizada) por actuaciones injustificadas (profilaxis con antivíricos, vacunación, bajas preventivas, alteraciones del calendario escolar...).
- El despilfarro de recursos, para visualizarlo adecuadamente, no debería valorarse por el dinero gastado innecesariamente, sino por el coste de oportunidad, es decir, por todo aquello que hemos dejado de hacer por haber dedicado los recursos a esto. Podría ser una lista bastante larga.
- La credibilidad de instituciones y expertos ha quedado en entredicho. Ello puede representar un problema ante nuevas situaciones de crisis (como el cuento de que viene el lobo).
- No se han asumido responsabilidades en relación a los pronósticos y recomendaciones. Se han presentado diferentes argumentos para justificar la impunidad científica («mejor pasarse por mucho que por poco»).

### El balance positivo de la gestión de la gripe A de 2009

- Se ha demostrado que Internet puede ser un medio espectacular para generar opinión argumentada contra criterios expertos con capacidad de influir en el comportamiento de la sociedad.
- Debería aprovecharse la pública discordancia para avanzar en la comprensión, por parte de la población, de la falta de exactitud del conocimiento médico, de la elevada frecuencia con que las decisiones y acciones de los profesionales de la salud navegan por el proceloso mar de la incertidumbre que describió acertadamente Gervas.

## Verdades de la pasada pandemia H1N1

R. Ortiz de Lejarazu Leonardo

Desde el año 1998, en el que aparecieron por primera vez casos de gripe aviaria; el mundo entero ha estado preparándose para la impredecible aparición de un nuevo virus gripal pandémico. Durante ese tiempo, la mayoría de países y sobre todo los del mundo desarrollado; han elaborado y puesto en marcha planes, guías y protocolos de actuación para mitigar las consecuencias sanitarias y sociales de un evento así. Los virus de la gripe que poseen capacidad de provocar pandemias son los del tipo A; dentro de ellos hay múltiples subtipos, resultado de las diferentes combinaciones de hemaglutinina y neuraminidasa. Estas dos proteínas de la superficie del virus, tienen funciones específicas para su unión a las células a las que infectan y relevancia en el diseño de vacunas frente al mismo. En el genoma de estos virus existen seis genes más que regulan aspectos muy importantes de la biología del virus.



La primera verdad es que el virus que apareció produciendo los primeros casos en México y California, era un virus de la gripe A del subtipo H1N1 cuya hemaglutinina, a pesar de ser del mismo subtipo que la hemaglutinina H1 de los virus estacionales; era radicalmente diferente y tenía un origen porcino, al igual que la mayoría del resto de genes. Este virus, en apenas 50 días, logró difundir a 74 países, obligando a la OMS a declarar la fase 6 o pandémica, en aplicación de su reglamento internacional de enfermedades. Actualmente, este virus ha sustituido prácticamente a las cepas estacionales H1 en todo el mundo, según demuestran los informes de los sistemas internacionales de vigilancia.

Tres son los pilares fundamentales sobre los que descansan las acciones preventivas de los planes pandémicos de gripe. La vigilancia virológica y epidemiológica, las medidas terapéuticas y las acciones sociales que limitan o impiden la transmisión de persona a persona.

La segunda verdad es que la mayoría de países del mundo desarrollado habían hecho acopio de antivirales, normas de diagnóstico clínico y aislamiento de pacientes y previsiones hospitalarias al respecto. Todos ellos cuentan con redes específicas de vigilancia de la gripe y métodos de diagnóstico que se han revelado como una herramienta muy eficaz para el conocimiento etiológico preciso de los casos clínicos. El primer caso europeo de la nueva gripe A se produjo en España y fue diagnosticado e identificado con una celeridad sin precedentes. La mayoría de comunidades autónomas alertó sus redes de vigilancia y puso a punto el diagnóstico virológico para que los pacientes graves u hospitalizados fueran diagnosticados y tratados específicamente. Indudablemente estos hechos contribuyeron a un cuidado mejor y más racional de los pacientes.

La tercera verdad es que una pandemia puede originar un pandemiónium social y sobre todo mediático. Desde el inicio, todos los medios escritos, radiados o televisados se hicieron amplio eco de la nueva situación. En los primeros meses de difusión del virus, las noticias se sucedían ocupando con negrita titulares y portadas de periódico, radio y televisión. Algunos países limitaron con restricciones la circulación de personas, provocando desconcierto y temor en la población. Evidentemente, la disrupción social producida por la primera onda pandémica no fue igual en Europa que en otros continentes. La reacción de la población tan poco fue igual. Mientras que en los países con escasos recursos diagnósticos y sanitarios se produjeron colapsos y alarmas; en los que contaban con un conocimiento y filiación adecuada de los casos, enseguida se reconoció que se estaba ante una enfermedad de gravedad muy moderada, con algunas importantes y peculiares excepciones, reduciéndose así, la alarma de la población de forma muy importante.

A pesar de todas las medidas de contención, la primera onda pandémica tuvo una extraordinaria difusión. En menos de seis meses, más de 200 países registraron casos, con y sin estacionalidad, que a pesar de su levedad clínica permitieron constatar hechos relevantes. Además de la patología

crónica subyacente, la obesidad y el embarazo fueron factores de riesgo para sufrir enfermedad grave. Así mismo se observó que una proporción de un 20-30% de los pacientes graves, no tenía patología previa o factor de riesgo alguno. Este aspecto es inusual en la gripe estacional. En general, los enfermos sufrían un proceso febril agudo gripal que, en la mayoría de los casos, evolucionaba bien entre 7 y 10 días. Sin embargo, en los casos graves a partir de los primeros días, la función respiratoria se veía gravemente comprometida, con índices de saturación de oxígeno bajos, neumonía bilateral vírica con alto componente inflamatorio y muerte por hipoxia refractaria con o sin infección bacteriana sobreañadida.

Las cifras manejadas de forma ignorante pueden sembrar la confusión. En marzo de 2010 se comunicaban más de 17.700 casos mortales confirmados virológicamente. Por razones obvias, es notorio que dichas cifras infravaloran el impacto pandémico. Sólo en EEUU se han estimado 12.000 muertes, 256.000 hospitalizaciones y 59 millones de casos. Se necesitarán años en conocer de forma científica las estimaciones precisas de las cifras globales de esta pandemia.

La influencia del virus sobre la respuesta inmune innata temprana, las diferencias entre unos individuos y otros, la persistencia del virus en plasma y en secreciones respiratorias, la evolución filogenética, etc., son algunos de los aspectos patogénicos que quedan por descifrar. Es probable que ciertos determinismos genéticos influyan en la mala respuesta de los pacientes graves o mortales.

A pesar del desarrollo científico actual, las vacunas no han estado disponibles en el tiempo deseable. Su disponibilidad, los grupos diana y la distribución no han escapado a la polémica que, una vez más, ha trascurrido de forma paralela pero absolutamente desigual en los ámbitos científico, mediático y seudocientífico. El papel de las redes globales de comunicación ha jugado un papel determinante.

Algunas verdades de esta pandemia están ahí, han sido publicadas en revistas de prestigio y son incuestionables, otras tardarán en conocerse y muchas están pendientes de confirmarse, debemos aprender de todas ellas.

#### Bibliografía

- Bermejo-Martín JF, Ortiz de Lejarazu R, Pumarola T, et al. Th1 and Th17 hypercytokinemia as early host response signature in severe pandemic influenza. *Crit Care*. 2009;13:R201.
- Echevarria-Zuno S, Mejía-Arangur JM, Mar-Obeso AJ, et al. Infection and death from influenza A H1N1 virus in Mexico: a retrospective analysis. *Lancet*. 2009;374:2072-9.
- Novel swine-origin influenza A (H1 N1) virus Investigation Team. Emergence of a novel swine-origin A (H1N1) virus in humans. *NEJM* 2009; 10.1056/NEJMoa0903810
- Ortiz de Lejarazu R, Castrodeza J. Gripe. En: *Medicina Interna de Farreras/Rozman*. 16ª edición. Madrid: Elsevier; 2007.
- WHO Witting Committee on Clinical aspects of Pandemic. Clinical aspects of pandemic 2009 influenza A(H1N1) virus infection. *NEJM*. 2010;362:1708-19.



# Mesas de programas y secciones semFYC

## MESA PAPPS

### Mesa PAPPS

Jueves, 17 de junio / 12.00-14.00 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 1 / Auditorio 1A

#### Moderador:

**Amando Martín Zurro**

*Presidente del Organismo de Coordinación del PAPPS.*

#### Ponentes y contenido:

1. Hacia la equidad en salud: estudio comparativo de las ENS a población gitana y población general de España

**Pilar Campos Esteban**

*Médico de familia. Jefa de Servicio del Área de Promoción de la Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social.*

2. Viabilidad del proceso de cribado del cáncer colorrectal

**Begoña Bellas Beceiro**

*Médico de familia. Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife. Miembro del GdT Prevención del Cáncer del PAPPS.*

3. Avances y controversias en la anticoncepción de urgencia: la posibilidad de un plan B

**Isabel Del Cura González**

*Médico de familia. Responsable de Investigación del Área 9 del SERMAS. Miembro del GdT Actividades preventivas en la mujer del PAPPS.*

Hacia la equidad en salud: estudio comparativo de las ENS a población gitana y población general de España  
**P. Campos Esteban**

En España se tiene constancia del asentamiento de la comunidad gitana desde 1425. Los primeros procedimientos legales de reducción social (*leyes/normas legales limitantes o discriminatorias con la población gitana*) del grupo aparecen en 1499 y están documentados procesos de este tipo hasta 1943. En 1978, la Constitución española, en su artículo 14, establece la igualdad de todos los españoles «sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo o religión o cualquier circunstancia personal o social». Como desarrollo de lo establecido por la Constitución, las leyes básicas, tales como la Ley General de Sanidad, la ley de Cohesión y Calidad o la Ley de desarrollo del sistema educativo, articularon numerosas medidas en pro de una sociedad más justa y equitativa.

A pesar de los esfuerzos realizados a partir de la década de 1980 para garantizar el desarrollo de esta comunidad española y gitana, con el Primer Plan de Desarrollo Gitano en 1985 que sigue hasta nuestros días (*Plan 2010-2012*) y de las características de nuestro sistema sanitario, público y universal, los datos recientes indican que existen diferencias respecto al resto de la población, tanto en el acceso a los servicios de salud como en los resultados que el Sistema Nacional de Salud está obteniendo.

La comunidad gitana lleva más de 600 años en nuestro país, constituyendo la minoría más numerosa. Sin embargo, a lo largo de su historia, ha sido víctima de situaciones de desigualdad y discriminación, y aún hoy sigue siendo uno de los grupos sociales más desfavorecidos y afectados por los procesos de exclusión social.

La evidencia pone de relieve que pertenecer a grupos étnicos minoritarios influye en la aparición de desigualdades específicas en salud. Estas desigualdades se originan, no sólo como resultado de las variables socio-económicas, sino también por las barreras de acceso a los servicios sanitarios y la utilización poco efectiva de los mismos.

En el marco de la Estrategia Nacional de Equidad en Salud dirigida a población gitana que se viene implementando en España desde el año 2003 se han elaborado diferentes publicaciones, como *Salud y Comunidad Gitana*, donde se recogen las bases de la Estrategia, *Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios* o el *Estudio comparativo de las encuestas nacionales de Salud a población gitana y población general de España*, entre otras. Todas estas publicaciones, están disponibles en:

<http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/comuGitana.htm>

La Estrategia Nacional de Equidad fue desarrollada inicialmente a través del Acuerdo de Colaboración que el Ministerio mantenía con la Fundación Secretariado Gitano y, desde el año 2006, en el que se creó el Grupo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano, la Estrategia se desarrolla con la colaboración de este Grupo que decide, desde la participación activa, las líneas de acción que se deben seguir.

En el año 2006, se realizó la primera Encuesta Nacional de Salud a población gitana. Este hecho es de gran relevancia ya que la salud de la comunidad gitana nunca había sido valorada con un estudio representativo. Hasta este momento, las intervenciones llevadas a cabo se apoyaban en las necesidades locales y no existían datos objetivos que apoyaran y orientaran las intervenciones necesarias para conseguir la equidad en salud de esta población.

La Encuesta Nacional de Salud a población gitana se realizó a nivel nacional y se planteó con los siguientes objetivos:

- Realizar un diagnóstico de salud de la población gitana española atendiendo fundamentalmente a los determinantes sociales de la salud y la utilización de los servicios sanitarios.
- Conocer el estado de salud, los estilos de vida y el acceso a los servicios sanitarios de la comunidad gitana y valorar si se encuentran en situación de equidad con respecto al conjunto de la población española
- Determinar si existen desigualdades sociales en salud que puedan afectar a esta comunidad para priorizar, si así fuera, áreas de intervención.

Para poder comparar los resultados obtenidos con los de la población mayoritaria, la encuesta de la población gitana se diseñó siguiendo las mismas pautas metodológicas que la Encuesta Nacional de Salud (ENS) y se seleccionaron variables iguales o similares a las incluidas en ella.

Este estudio presenta una panorámica de la salud de esta comunidad en relación a la población general y recoge recomendaciones y propuestas para conseguir la equidad en salud. Algunas de las acciones señaladas como prioritarias en el área de salud han sido: la promoción de la salud a lo largo del ciclo vital con especial atención a la infancia y juventud, la mejora del acceso al sistema sanitario o el refuerzo de la prevención.

Las principales recomendaciones que se desprenden del trabajo realizado hasta ahora con el pueblo gitano y que deben guiarnos para avanzar hacia la equidad son las siguientes:

- Participación de la comunidad gitana en todos los procesos de intervención.
- Trabajo intersectorial por parte de todos los implicados.
- Avanzar y profundizar en la investigación en salud de la comunidad gitana.
- Formación en atención a la diversidad del personal que trabaja en salud.
- Fomento de la mediación intercultural y la educación entre iguales.
- Adaptación de materiales didácticos y lanzamiento de campañas de información y sensibilización específicamente diseñadas.
- Avanzar en la universalización de las prestaciones sanitarias.
- Incidir sobre el concepto de salud predominante en algunos sectores de la comunidad gitana.
- Normalización y estabilización de los programas que trabajan la salud con la población gitana.

Para hacer posible que todas las personas desarrollen el mayor potencial de salud, se deben reorientar las políticas públicas hacia la equidad y la salud y, concretamente desde el ámbito sanitario, posibilitar servicios de salud de calidad, equitativos, accesibles a toda la población, y más sensibles a las diferencias.

#### Viabilidad del proceso de cribado del cáncer colorrectal B. Bellas Beceiro

En las últimas dos décadas hemos adquirido experiencia y conocimiento con el cribado poblacional del cáncer de mama en España, por lo que tenemos gran parte del camino recorrido para poder extender el cribado del cáncer colorrectal (CCR). Pero, ¿realmente debemos avanzar con este cribado? y ¿estamos preparados para asumirlo desde una perspectiva poblacional? La viabilidad de los programas de cribado de CCR en España se debe analizar en tres dimensiones (científica, organizativa y económica).

El CCR es una enfermedad de gran repercusión social y sanitaria. Cada año se diagnostican 25.000 casos y más de 14.000 fallecen por esta causa. Esta situación epidemiológica no se corresponde con los conocimientos científicos y las posibilidades de intervención que tiene la enfermedad. Su evolución natural la hace susceptible de identificar la lesión precursora, el pólipo adenomatoso, y detectar el cáncer en un estadio temprano, para lo cual se dispone de varias pruebas de cribado. A estas posibilidades de intervención se añaden las pruebas científicas que avalan la eficacia de la detección precoz para disminuir la incidencia, mediante la interrupción de la secuencia de progresión de adenoma a cáncer, y la mortalidad de esta enfermedad, gracias a la disponibilidad de tratamientos eficaces que aplicados en estadios tempranos mejoran la supervivencia, con respecto a su utilización en la fase clínica del CCR. Los métodos químicos de detección de sangre oculta en heces (SOH) basados en el guayaco, aplicados con periodicidad anual o bienal, reducen la mortalidad del CCR entre un 15 y un 33 % y la incidencia entre un 17 y un 20 %<sup>1</sup>. Las pruebas inmunológicas de SOH, especialmente las cuantitativas, aumentan la tasa de detección de adenomas y CCR en estadios tempranos, mejoran el cumplimiento, probablemente porque evitan la restricción dietética y precisan de un menor número de muestras fecales, y permiten seleccionar el punto de corte positivo con el mejor balance entre sensibilidad y especificidad, según la disponibilidad de recursos endoscópicos. Junto con estas oportunidades de prevención primaria y secundaria, existe una amplia disponibilidad de métodos diagnósticos y opciones terapéuticas, accesibles en todo el Sistema Nacional de Salud. La estanda-

rización del conocimiento científico que debe guiar todo el proceso de prevención del CCR: la decisión de realizar el cribado, a quiénes y con qué prueba, se encuentra disponible en la guía de práctica clínica de prevención del CCR elaborada por la semFYC, AEG y Cochrane<sup>1</sup>.

La fundamentación científica de los efectos beneficiosos del cribado del CCR debe acompañarse de una viabilidad organizativa de los programas de cribado que garanticen la consecución de este objetivo y la sostenibilidad a largo plazo.

Las estrategias poblacionales de cribado resultan más efectivas que las oportunistas porque promueven la participación de la población favoreciendo una mayor efectividad y una mejor relación coste-efectividad y permiten estandarizar los procesos y mantener circuitos de garantía de calidad, disminuyendo los potenciales efectos adversos de la detección precoz. La organización del programa es un determinante fundamental de la participación de manera que los modelos integradores que coordinan la Atención Primaria (AP), atención especializada, salud pública e, incluso recursos complementarios como las oficinas de farmacia, obtienen mejores niveles de participación de la población diana. La participación activa del médico de familia, clasificando el riesgo de CCR, ofertando el cribado, explicando el significado del resultado positivo o negativo en la prueba de cribado o reforzando la necesidad de la colonoscopia de confirmación diagnóstica, entre otras acciones, son determinantes clave en el cumplimiento de la población. Prueba de la falta de consenso en el mejor modelo a implantar la tenemos en la gran variabilidad que se observa en los programas europeos y españoles, en su organización (estructura, financiación, cobertura, prueba de cribado, intervalo entre pruebas...) y en sus resultados intermedios (participación, adherencia, tasa de detección de adenomas y CCR...)<sup>2</sup>.

Las condiciones que deberían cumplirse cuando se pone en marcha un programa de cribado de CCR de cobertura poblacional incluyen la oferta del servicio de identificación y clasificación del riesgo a la población general desde la AP, disponer de circuitos rápidos para la solicitud y realización de la colonoscopia diagnóstica en personas sintomáticas y de cribado para las de alto riesgo para CCR, así como de unidades especializadas en el seguimiento de individuos en los que se sospecha una agregación familiar o una enfermedad hereditaria que predispone al CCR, asegurar un proceso diagnóstico y terapéutico del CCR de calidad basado en guías clínicas consensuadas, y garantizar la disponibilidad, la seguridad y la calidad de la colonoscopia de cribado y de confirmación diagnóstica en unidades de endoscopia acreditadas. Cuando estos requisitos están garantizados es cuando se deberían priorizar los programas de cribado de cobertura poblacional para los individuos de riesgo medio en los servicios de salud de las diferentes comunidades autónomas (CCAA). Las CCAA que ya han implantado estos programas son Cataluña, Valencia, Murcia, Canarias, País Vasco y Cantabria, aunque otras siete han mostrado su compromiso de iniciarlos durante el período 2010-2011.

La población diana está representada por los hombres y mujeres de 50 años o más sin factores de riesgo relacionados con el CCR. Los programas españoles han comenzado invitando a la población de entre 50 y 69 años, a la que se ofrece la prueba inmunológica de SOH. La cobertura actual de estos programas es muy variable pero en conjunto no superan el 5 % de la población diana de España. En este contexto, el cribado oportunista debe considerarse una actividad complementaria, y no excluyente, cuando ya esté instaurado un programa poblacional, para favorecer una mayor participación y cobertura del cribado y una mejor relación coste-efectividad de la intervención. Para realizar un cribado oportu-

nista, es necesario disponer de accesibilidad a la colonoscopia de confirmación diagnóstica cuando la SOH es positiva, con un circuito rápido de solicitud a la unidad de endoscopia de referencia, una demora hasta su realización dentro de los estándares recomendados y una comunicación del informe del resultado de la prueba al médico solicitante. El diseño de la prevención del CCR como un proceso global permitiría integrar la captación poblacional y oportunista, a través de un único sistema de información, rentabilizando de esta manera la cobertura de la población diana y el seguimiento de los casos incluidos, favoreciendo su eficiencia.

Para analizar la viabilidad económica de los programas de cribado es necesario considerar que una adecuada relación coste-efectividad dependerá, en gran medida, de la participación. Las primeras rondas de cribado de los programas españolas reflejan una participación muy variable y, en general, baja. Tan sólo el programa vasco ha superado el 50 % de la población invitada. Estos resultados se atribuyen al desconocimiento de la población, e incluso de los profesionales sanitarios, sobre la enfermedad y los beneficios de su prevención. Pero también constituyen un reflejo de la influencia del modelo organizativo y del sistema de captación utilizado. No obstante, los estudios de evaluación económica realizados en España permiten afirmar que el cribado del CCR es coste-efectivo, con un coste incremental en torno a los 2.000 € por año de vida ganado ajustado por su calidad cuando la prueba de cribado es SOH inmunológica aplicada con periodicidad anual. Sin embargo, otras estrategias de cribado, sigmoidoscopia cada 5 años o colonoscopia cada 10 años, presentan ratios coste-efectividad muy similares, y todas ellas mucho más favorables que el cribado de cáncer de mama o de cuello de útero, cuyos ratios están por encima de los 18.000 € por AVAC<sup>3</sup>.

### Referencias bibliográficas

1. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención del cáncer colorrectal. Guía de práctica clínica. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 4. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2009. Barcelona, 2009.
2. López Bastida J, Bellas Beceiro B, Quintero Carrión E. The challenge of colorectal cancer prevention in Spain. *Eur J Health Econ.* 2010;10(Suppl 1):S75-S83.
3. López Bastida J, Sassi F, Bellas Beceiro, B, García Pérez, L. Análisis coste-efectividad del cribado del cáncer colorrectal en la población general. Santa Cruz de Tenerife: Servicio Canario de Salud, 2009.

## Avances y controversias en la anticoncepción de urgencia: la posibilidad de un plan B

### I. Del Cura González

Los avances más destacados en la anticoncepción de urgencia en los últimos años vienen determinados por la aparición de nuevos métodos con mayor eficacia y menores efectos secundarios, por propuestas de cambio en su definición, así como por la posibilidad de acceder a algunos de ellos sin prescripción médica tras cambios legislativos en diferentes países, entre ellos España. Un reciente editorial de Arribas et al., en la revista *Atención Primaria*, es, sin duda, la mejor síntesis de estos avances en nuestro medio<sup>1</sup>.

En la actualidad, el levonorgestrel (LNG) es el método de «anticoncepción de emergencia» más utilizado, habiendo desbancado en los últimos años al método Yuzpe. Ambos métodos son conocidos coloquialmente con el nombre de

«píldora del día después» o «píldora poscoital», términos ambos que diferentes organismos e instituciones de referencia en anticoncepción aconsejan sustituir por el de «píldora anticonceptiva de emergencia». En España, la Sociedad Española de Contracepción ha propuesto el término «anticoncepción de urgencia»<sup>2</sup>. Se amplía así el concepto tanto a fármacos con un mayor plazo para su uso, como a la inserción del dispositivo intrauterino (DIU) poscoital<sup>3</sup> y otras alternativas terapéuticas como mifepristona o danazol.

Desde la década de 1960, en la que surgen las primeras pautas que pueden ser consideradas como anticoncepción de urgencia, hemos asistido al desarrollo de nuevas alternativas que, fundamentalmente, buscan mantener o aumentar la eficacia de las primeras disminuyendo los efectos secundarios. A partir de 1975, se extendió el uso del denominado método Yuzpe<sup>4</sup>, que utilizaba una pauta de anticonceptivos orales combinados de dos dosis separadas 12 horas, que permitió disminuir la dosis de estrógenos de los preparados iniciales. En España no existía ningún preparado comercializado con esta indicación, por lo que se recurría a aplicar un tratamiento homólogo al propuesto por Yuzpe con los anticonceptivos orales combinados disponibles, el más empleado Neogynona<sup>®</sup>, que permitía, con 4 grageas, obtener la misma pauta que Yuzpe. Fue en el año 2001 cuando se comercializó en España la primera píldora con la indicación de anticoncepción de urgencia, la píldora de LNG o píldora de anticoncepción de urgencia (PAU). Se generalizó su uso tras los primeros ensayos con una pauta con LNG, tomado en dos dosis de 0,75 mg con un intervalo de 12 horas, dentro de las 72 horas siguientes al coito desprotegido, por ser más efectiva y mejor tolerada<sup>5</sup>. En 2002, resultados de un nuevo ensayo realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) concluían que era eficaz en una sola dosis de 1.500 µg LNG y en un plazo de 120 horas<sup>6</sup>. Desde finales del 2009 se ha comercializado un nuevo fármaco que precisa de prescripción médica, acetato de ulipristal, con indicación de uso hasta 5 días después de la relación sexual desprotegida. Su mecanismo de acción fundamental es la inhibición o el retraso de la ovulación y podría también producir alteraciones endometriales<sup>1</sup>. Los dos ensayos publicados que comparan la eficacia frente a LNG encuentran una mayor efectividad del ulipristal, pero sin significación estadística<sup>7,8</sup>. En el caso de la PAU de LNG, se ha especulado con diferentes mecanismos de acción, fundamentalmente inhibe la hormona luteinizante; la inhibición o retraso de la ovulación constituye el principal mecanismo de acción y probablemente sea el único<sup>1</sup>. Hay evidencias de que el uso de la PAU no se asocia con un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual, ni modifica las pautas de uso de anticonceptivos más eficaces<sup>9</sup>. La libre dispensación, en España desde el 28 de septiembre de 2009, ha suscitado la polémica ante el temor de un uso irresponsable del medicamento. Sin embargo, en muchos países donde se dispensa sin receta médica, como es el caso de Francia, Inglaterra, Suecia, Dinamarca, Portugal o Canadá, entre otros, ha aumentado el uso de la PAU sin que eso suponga un abandono de otros métodos más eficaces, ni un aumento de las conductas de riesgo en los jóvenes<sup>10,11</sup>. En España, los datos que nos han facilitado los laboratorios que comercializan la PAU apuntan un aumento en las ventas entre el 40-60 % comparado con el año anterior, fundamentalmente en aquellas comunidades autónomas (CCAA) en las que había más limitaciones de accesibilidad. Hace falta tiempo para ver cuál es el efecto real de esta nueva medida. Otros debates abiertos son la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios, la accesibilidad para su dispensación en farmacias –según diversos estudios, más limitada en el ámbito rural<sup>12</sup>– así como la

información o asesoramiento que facilitan «dispensar no es vender».

Según datos del Ministerio de Sanidad y Política Social, el número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) refleja una tendencia a la estabilización, con un total de 115.812 IVE en 2008 (3.674 más que el año anterior). Esta cifra refleja un incremento de un 3,2 %, inferior al 10,3 % experimentado en 2007<sup>13</sup>. Se trata de un problema de salud pública que debe abordarse desde la prevención primaria. Sin duda, la principal prevención primaria es una correcta educación afectivo-sexual, fomentando la prevención de los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) mediante el conocimiento y el acceso a todos los métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia.

### Referencias bibliográficas

1. Arribas Mir, Ordóñez Ruiz J, Arribas Entrala B. Anticoncepción de urgencia 2010. *Atención Primaria*. 2010;42(3):129-31.
2. Del Cura MI, Arribas Mir L. Prevención de embarazos no planificados. Actividades preventivas en la Mujer del PAPPs (página internet) [acceso 20 de abril 2010]. Disponible en: <http://www.papps.org/upload/file/06%20PAPPs%20ACTUALIZACION%202009.pdf>
3. Cheng L, Gülmezoglu AM, Piaggio G, Ezcurra E, Van Look PF. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 Apr 16;(2):CD001324.
4. Haspels AA. Emergency contraception: a review. *Contraception*. 1994;50:101.
5. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet*. 1998;352:428-33.
6. Von Hertzen H, Piaggio H, Ding J, Chen J, Song S, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet*. 2002;360:1803-10.
7. Creinin MD, Schlaff W, Archer DF, Wan L, Freziers R, Thomas M, et al. Progesterone receptor modulator for emergency contraception: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2006;108:1089-97.
8. Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJ, Casale W, Van Horn J, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet*. 2010;13;375(9714):555-62.
9. Soon JA, Levine M, Osmond BL, Ensom MHH, Fielding DW. Effects of making emergency contraception available without a physician's prescription: a population-based study. *CMAJ*. 2005;172:878-83.
10. Marston C, Meltzer H, Majeed A. Impact of contraceptive practice of making emergency hormonal contraception available over the counter in Great Britain: repeated cross sectional surveys. *BMJ*. 2005;331:271.
11. Raine T, Harper CC, Rocca CH, et al. STIs: a randomized controlled trial pharmacies and effect on unintended pregnancy and direct access to emergency contraception through. *JAMA*. 2005;293(1):54-82.
12. Dunn S, Brown T, Alldred J. Availability of emergency contraception after its deregulation from prescription-only status: a survey of Ontario pharmacies *CMAJ*. 2008;178(4):423-4.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo (página en Internet) [acceso 20 abril de 2010]. Disponible en: [http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/PrincipalesDatosIVE\\_2008.pdf](http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/PrincipalesDatosIVE_2008.pdf)

## MESA PACAP

### Mesa vacía, sillas llenas:

#### PACAP es participación

Jueves, 17 de junio / 09.30-11.30 h

Feria Valencia. Foro Norte / Salón de actos

#### Moderadora:

**Margarita García García**

*Médico de familia. Gerencia de AP de Gran Canaria.*

#### Ponentes:

**Joana Prats Montmany**

*Subdirectora del Área de Integración Social de la Fundación La Caixa.*

**Patricia Blanco Giner**

*Técnico del Área de Integración Social de la Fundación La Caixa.*

**José Manuel Álamo Candelaria**

*Técnico del IMEDES (Instituto de Migraciones, Etnicidad y Desarrollo Social). Universidad Autónoma de Madrid.*

**Victorio Perera Cárdenes**

*Médico de familia. Coordinador General del PACAP. Gerencia de AP de Gran Canaria.*

### Introducción

Este año, en PACAP, apartamos la mesa, ofrecemos las sillas y nos convertimos todos en exponentes de la realidad, porque los conocimientos, la opinión y las experiencias de todos cuentan. Para ello, desde ya, puedes ir reservando turno para entrar en escena y participar en alguno de entre los 8 y 10 minidebates de entre 4 y 6 personas a las que ayudaremos a encontrarse por afinidad o contraste de intereses, experiencias u opinión. Pide tu reserva a «PACAP» [pacap@samfyc.es](mailto:pacap@samfyc.es) diciéndonos tu nombre, residencia, ocupación, lo que quieres contar (10 líneas, máximo 2 minutos) sobre lo que valoras positivamente y negativamente de tu experiencia comunitaria. Porque PACAP es «participación», queremos y necesitamos escucharte. Ahora sabremos lo que tú tienes que decir.

Para abrir fuego contaremos con unos invitados de excepción que representan al Área de Integración Social de La Caixa y al Instituto Universitario de Investigación sobre Migraciones, Etnicidad y Desarrollo Social (IMEDES), principales artífices de la convocatoria de Ayudas a Proyectos de Interculturalidad y Cohesión Social de la Obra Social de la Fundación La Caixa. Una de las apuestas más valientes e importantes en favor de la participación comunitaria, de las que se han producido en las últimas décadas en España, en la que PACAP-semFYC ha sido amablemente invitado a participar.

**J. Prats Montmany, P. Blanco Giner,  
J.M. Álamo Candelaria**

En 1999, el porcentaje de población extranjera en España era del 2,3 %, en 2009 del 12 %, concentrándose el 60 % en tres comunidades (Madrid, Cataluña y Comunidad Valenciana). Esta realidad plantea nuevos retos derivados de la diversidad cultural. Existen factores y actitudes que evidencian riesgo:

#### 1. De la sociedad de acogida:

Actitud xenófoba y discriminatoria («Vienen a quitarnos el trabajo»). Etnocentrismo («En España las cosas se hacen

así»). Falta de competencias culturales («Es que no me entienden»). Miedo a la diferencia («Chillan mucho, y huelen mal»). Poca valoración de la diversidad cultural («Sus culturas y tradiciones no nos aportan nada»). Estigmatización y explotación de los nuevos residentes («No se quejan y salen baratos»). Perpetuar la condición de inmigrante de segundas y terceras generaciones («¿De dónde eres... si no tienes acento?»). Incomprensión del fenómeno migratorio («¿Por qué les dejan entrar?»). Falta de responsabilidad en los procesos de integración («Ellos son los que tienen que integrarse»). Sentimiento de favoritismo por parte de la AAPP hacia los inmigrantes («Nos quitan las ayudas»). Transformación de las instituciones y adaptación a la nueva realidad (adecuación institucional). Itinerarios educativos apropiados para evitar el fracaso escolar de hijos de inmigrantes. Buen tratamiento de la diversidad cultural por medios de comunicación. Inclusión de trabajadores de diferentes culturas en las propias instituciones. Mejora de la competencia cultural de profesionales que permita una buena gestión de la diversidad. Aumento de la calidad asistencial (mejor diagnóstico-aplicación efectiva del tratamiento). Sensibilización sobre el fenómeno migratorio. Menor sensación de invasión. Sensibilización sobre la riqueza de la diversidad cultural. Mejor comprensión de otras costumbres y tradiciones. Concienciación de que la responsabilidad es compartida por todos los ciudadanos en los procesos de integración (bidireccionalidad). Adaptación y aceptación de la nueva realidad.

## 2. De los nuevos residentes:

Falta de voluntad de integración («¿Por qué tengo que aprender el idioma?»). Sentimiento de desigualdad de oportunidades, actuales y de futuro («Para qué voy a seguir estudiando si sólo me darán trabajo de peón»). Guetización por origen y aislamiento («¿Para qué voy a relacionarme con personas de otras culturas?»). Sentimiento de frustración derivado de la exclusión («Nos consideran delincuentes por el hecho de ser inmigrantes»). Uso ineficaz de los recursos («Me dan medicinas gratis»). Actitud permisiva respecto a la explotación laboral, y miedo a exigir sus derechos («Si denuncio me devolverán»). Sentimiento de incomprensión («No quieren entender qué significa el velo en mi cultura»). Nacimiento de radicalismos patrióticos fruto del sentimiento de exclusión. Conflictos identitarios, sobre todo de las segundas y terceras Generaciones («Aquí me consideran inmigrante, y en el país de mis padres extranjero»). Asunción de un rol preestablecido a partir de estigmatizaciones de la sociedad de acogida («Las latinas aquí sólo servimos para limpiar casas»). Acercamiento a la sociedad de acogida de manera inclusiva. Asistencia a cursos del idioma del lugar. Participación en la vida social de su entorno. Formar parte de la asociación de vecinos. Mejor conocimiento del sistema educativo, sanitario, etc. Asistir a las reuniones de las AMPA y con profesores. Sensibilización sobre la riqueza de la diversidad cultural. Más interés en otras culturas, la de la sociedad de acogida y la del resto de conciudadanos

## La experiencia de la Caixa 2006-2009.

### Programa de Inmigración/Red de Mediación Intercultural

Ha dado respuesta a muchas demandas de diferente índole: individuales, grupales e institucionales. Ha actuado en todos los ámbitos, sin especialización salvo en el ámbito sanitario. Educativo, sanitario, comunitario, vecinal, laboral, familiar, religioso, jurídico y primera acogida. Ha apostado por una figura profesional nueva y adaptada a la nueva realidad. Ha aprendido de la mediación intercultural para poder diseñar nuevas metodologías útiles en el nuevo contexto

social. Ha observado e identificado buenas prácticas que permiten avanzar en el diseño de un proyecto propio e innovador liderado por Fundación «la Caixa».

## Conclusiones

El estallido de conflictos en contextos de gran diversidad cultural (Roquetas de Mar, Banlieues francesas) ha evidenciado la existencia de conflictos latentes frente a los que no se actuó a tiempo. Por esto consideramos necesario implementar acciones preventivas coordinadas con las acciones asistenciales. Las necesidades individuales son satisfechas por la AAPP y otras entidades y por ello consideramos necesario ir un paso más allá, y complementar las acciones individualizadas con una intervención integral en comunidades con gran diversidad cultural. Porque la inmigración está presente en todos los ámbitos de la vida cotidiana. Porque en la comunidad es donde se producen las relaciones, y, por tanto, el ámbito prioritario. Porque todos los agentes y sectores de la sociedad están afectados por la inmigración, y sólo con y desde ellos se pueden generar cambios estructurales. Porque es la manera de prevenir futuros conflictos.

Es necesario que se produzcan cambios de actitud en el conjunto de la ciudadanía, para favorecer una convivencia pacífica. Para ello consideramos fundamental empoderar a la comunidad y hacerla protagonista de su propia transformación. Porque es la manera de generar cambios estructurales (desde la raíz). Porque es la manera de que sean sostenibles.

## V. Perera Cárdenes

Desde el PACAP asumimos que no pueden existir «expertos comunitarios» en tantas materias implicadas (filosofía, retórica, antropología, sociología, psicología, pedagogía...) y que sólo desde el trabajo multidisciplinar, un proceso comunitario podrá beneficiarse de sus contribuciones. Todo ello no reduce, sino más bien aumenta, el interés de que todos sepamos qué nos pueden aportar los demás. Conscientemente no situamos ninguna de las disciplinas presentes en nuestros centros de salud entre las principales fuentes del saber comunitario, un acercamiento con humildad es imprescindible para todos los que pretendan formarse o participar adecuadamente. Por suerte, hay numerosas y bien contrastadas herramientas que el PACAP considera esenciales para el trabajo comunitario: las dinámicas grupales, la investigación cualitativa, la gestión de reuniones y proyectos, los criterios de buenas prácticas y la evaluación de indicadores.

## MESA AMF

### Toda la vida se ha hecho así

Jueves, 17 de junio / 12.00-14.00 h  
Feria Valencia. Foro Norte / Salón de actos

#### Moderador:

Rafael Bravo Toledo

*Médico de familia. CS Sector III, Getafe. Madrid*

#### Ponentes:

Andrés Cánovas Inglés

*Médico de familia. CS Cartagena-Oeste. Murcia*

Miguel Ángel Sirur-Flores Bates

*Médico de familia. EAP Lucero, Área 7. Madrid*

## Introducción

Un año más, la mesa *Toda la vida se ha hecho así*, organizada por la revista *AMF*, vuelve al congreso de la semFYC. Durante todo estos años, y siguiendo el espíritu de la sección de la revista de la cual tomamos prestado el nombre, hemos querido mostrar que, en algunas ocasiones, las evidencias no coinciden con lo que se plasma en nuestra práctica clínica; que, en ocasiones, actuamos basándonos en modas, en intuiciones de otros, por costumbres adquiridas y ritos aprendidos sin crítica ya no es ningún misterio para nuestros seguidores, ni para muchos médicos de familia. No somos peores que otras profesiones, ni que otras disciplinas científicas o sociales. «En todas partes cuecen habas», y parece casi consustancial con la actividad humana optar por el camino fácil antes que por la difícil senda del espíritu crítico.

Sin embargo, si algo nos distingue a los médicos es que tenemos cierta capacidad de aprender de los errores y una actitud abierta (no mucha, tampoco hay que exagerar) ante todo lo que pueda mejorar la asistencia a nuestros enfermos. Hay que ser muy prepotente y egocéntrico para negar la validez de una propuesta, cuando lo que tenemos delante es la cara de un ser que sufre. Nuestra práctica va de lo científico a la chapuza con una facilidad increíble, pero no somos resistentes a una buena argumentación sobre algo que pueda aliviar a nuestro paciente y es posible que ésta sea una de las causas del éxito de nuestra mesa en los sucesivos congresos de la especialidad. Seríamos ingenuos si pensáramos que el trabajo está hecho. Tanto la sección de la revista *AMF* como la mesa son pequeñas gotas de agua en un río que se mueve muy poco a poco, pero incluso siendo conscientes de nuestra insignificancia, también necesitamos cambiar, pasar página, considerar objetivos cubiertos y pensar en nuevos enfoques. Este año queremos afrontar un reto, cambiamos nuestro lema –y por tanto la Mesa–, vamos a pasar de «Siempre se ha hecho así» a «Se está haciendo así, pero las cosas van a cambiar» y que pretendemos hablar de cosas que nunca se han hecho así, simplemente, porque no había oportunidad de hacerlo. Son nuevas tareas, nuevas formas de trabajar en las que la evidencia, por imposible, brilla por su ausencia, y que nos han venido dadas por circunstancias de todo tipo o por el lógico devenir de nuestra pequeña historia como profesionales de la medicina.

Hemos elegido como palabra clave la comunicación, y como desarrollo, las nuevas formas de comunicación a las que nos obligan dos acontecimientos recientes y novedosos: las nuevas tecnologías de la información y el cambio demográfico en nuestro país. En otras palabras, el papel de las nuevas tecnologías en la comunicación médico-paciente y cómo enfrentarse a una consulta donde el paciente es distinto y distante, muy a su pesar y al nuestro.

## MESA VASCO DA GAMA

### Movimiento Vasco da Gama: movimiento e intercambios en Europa

Viernes, 18 de junio / 12.00-13.30 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 2 / Sala 2G-2H

#### Moderadora:

**Sara del Olmo Fernández**

*Médico de familia. CS San Cristóbal de los Ángeles. Madrid. Miembro del equipo ejecutivo del GdT europeo de jóvenes médicos de familia "Vasco da Gama Movement". Ex responsable de intercambios y Programa Hippokrates en "Vasco da Gama Movement".*

#### Ponentes y contenido:

1. Explorando el valor y la importancia de la participación internacional de médicos de familias jóvenes

**Sara del Olmo Fernández**

*Médico de familia. CS San Cristóbal de los Ángeles. Madrid. Miembro del equipo ejecutivo del GdT europeo de jóvenes médicos de familia "Vasco da Gama Movement". Ex responsable de intercambios y Programa Hippokrates en "Vasco da Gama Movement".*

2. Una introducción al Movimiento Vasco da Gama y puesta al día del programa de intercambio Hippokrates

**Luisa Pettigrew**

*Médico de familia. Miembro del equipo ejecutivo del Vasco da Gama Movement. Responsable del grupo de Exchange de Vasco da Gama Movement y el Programa Hippokrates.*

3. Experiencia de intercambio en Glasgow

**Virginia Hernández Santiago**

*Residente de 4.º año de MFyC. CS General Ricardos, Área 11, Madrid. Coordinadora Nacional del Programa Hippokrates en España.*

4. El programa Hipócrates en Portugal: experiencia

**Verónica Parent Mathias**

*Residente de 4.º año de MFyC en la Unidad Docente de Santander-Laredo, Cantabria.*

## Introducción

La Medicina Familiar y Comunitaria está creciendo y superando barreras y fronteras a una velocidad vertiginosa.

Las barreras internacionales pueden resultar temibles, pero una vez cruzado el límite y superado el miedo, una vez vivida una experiencia internacional, una vez que se descubre la medicina de familia en otro país, el médico de familia sólo se plantea una duda: ¿qué debo hacer para descubrir más?

Desde esta Mesa, planteamos una serie de oportunidades para los médicos de familia que quieran ampliar su visión esteoscóptica hacia un horizonte internacional y no sólo local. Desde esta exposición queremos hacer que el residente, el joven médico de familia, el médico experimentado, conozcan la realidad de nuestra especialidad en los ámbitos internacionales, por lo que se explicará qué es la Wonca, el grupo Vasco da Gama, y el Programa Hippokrates, entre otras posibilidades y experiencias.

Se pretende en este espacio dar a conocer a los asistentes la existencia de grupos de trabajo europeos y proyectos de intercambio con otros países.

Al final de la Mesa tendrá lugar un debate cuya finalidad es dar a conocer opiniones y propuestas para mejorar nuestra implicación en dichos grupos de trabajo y promover la colaboración en dichas actividades. Todos podemos colaborar y participar a nivel internacional, es una realidad.

Parte de la actividad podrá ser impartida en inglés.

Una introducción al Movimiento Vasco da Gama y puesta al día del programa de intercambio Hippokrates  
**L. Pettigrew**

#### Ampliando horizontes

Explorando la situación de los médicos de familia en los distintos sistemas de salud europeos a través del Movimiento Vasco da Gama y el programa de intercambio Hippokrates.

#### Antecedentes

El Movimiento Vasco da Gama (VdGM), que se inició oficialmente en la Conferencia Europea de WONCA en Kos, en 2005, es a día de hoy un sistema que amplía horizontes a



médicos de familia en formación y los «jóvenes médicos» (que se consideran durante los primeros 5 años de ejercicio profesional). La preconferencia anual, un día antes de la conferencia Europea de WONCA, es una ocasión para el encuentro de jóvenes médicos de familia y el aprendizaje de los diferentes sistemas de salud y formación en Europa. VdGM es un grupo de WONCA Europa, todos los países miembros de WONCA Europa están invitados a designar un representante en el Consejo de VdGM y asistir a la preconferencia anual. Además de ésta y el Consejo Europeo, VdGM está abierta a todos los médicos de familia jóvenes en formación y a los que se encuentran en los cinco primeros años de ejercicio profesional, que tengan interés por temas como el intercambio, la educación y la formación, y la investigación en cuidados primarios, en un contexto internacional. Los jóvenes europeos interesados en estos temas pueden registrarse, incluso como miembros de varios grupos de trabajo, en [www.vdgm.eu](http://www.vdgm.eu). Un ejemplo de las ventajas que ofrece este grupo internacional es el programa Hippokrates.

El programa de intercambio Hippokrates comenzó hace 9 años, bajo el auspicio de EURACT, la asociación Europea de docentes de medicina familiar. Durante el año pasado, VdGM ha colaborado estimulando la participación de médicos de familia europeos en este programa. El intercambio consiste en una estancia de 2 semanas como observador, en una consulta de médicos de familia en otro país de Europa.

El intercambio ofrece la oportunidad de aprender cómo son los cuidados primarios en otros sistemas de salud, vivir en una cultura diferente y saborear la vida real de un médico de familia fuera de España. Permite a los médicos de familia reflexionar sobre su propia consulta, compartir conocimientos y experiencias a nivel internacional, así como mejorar el conocimiento de idiomas y crear nuevas relaciones profesionales y personales. Es una experiencia única, que esperamos que sea en el futuro parte integral de la formación del médico joven, ya que aspira a que los médicos jóvenes tomen parte activa en el desarrollo de la Medicina de Familia. Más aún, refuerza la colaboración entre las organizaciones nacionales de médicos de familia.

La participación en la conferencia nacional de un grupo internacional de médicos de familia es también una forma de intercambio. Ofrece al grupo tener su propia experiencia de cómo es otro sistema de cuidados primarios. Es más, proporciona a los médicos de familia nacionales experiencia internacional al asistir a su propia conferencia. El intercambio va más

allá cuando los doctores visitantes reciben la hospitalidad de los médicos de familia locales y, además, participan en su trabajo durante el día. Hasta ahora esto se ha llevado a cabo con éxito en Francia, Holanda, Irlanda, Gran Bretaña y España.

## Experiencia de intercambio en Glasgow

V. Hernández Santiago

La ciudadanía europea es hoy una realidad. Los flujos migratorios entre países europeos son cada vez mayores, debido a la libre circulación de trabajadores. Aunque los derechos y deberes como trabajador son los mismos que los nacionales del país donde te instales, las diferencias culturales, organizativas, etc. y su conocimiento hacen la adaptación más o menos difícil.

También a nivel educativo, la tendencia actual de los programas, tanto a nivel pregrado como posgrado, es cada vez mayor hacia la integración y convergencia de éstos, surgiendo, entre otras iniciativas, el Espacio Europeo de Educación Superior, si bien, existen aún hoy grandes diferencias entre ellos. Un ejemplo lo encontramos en los diferentes programas de la formación médica especializada.

Los intercambios y experiencias internacionales a nivel profesional facilitan el conocimiento de los diferentes programas formativos en Ciencias de la Salud, así como de los diferentes sistemas sanitarios. Éste es un punto clave para favorecer el tránsito de médicos entre los diferentes países, complementando así su formación y capacitación adquiriendo una visión más amplia del ejercicio de su profesión.

El Movimiento Vasco da Gama, es la asociación a nivel europeo de residentes en Medicina de Familia y Jóvenes Médicos de Familia (5 años posteriores tras acabar el período de residencia) tiene como finalidad facilitar y promover estos intercambios. Esto se realiza tanto mediante el programa Hippokrates como facilitando la asistencia de residentes internacionales a diferentes congresos de carácter nacional y europeo.

En noviembre del año 2009 tuve la gran oportunidad de asistir al Congreso Nacional de la Asociación de Médicos de Familia del Reino Unido (Royal College of General Practitioners) durante 5 días, al que fuimos invitados un total de 19 representantes de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de 16 países, entre ellos Italia, Grecia, España, Portugal, Reino Unido, Alemania, Ucrania, Israel, Austria, Dinamarca, Croacia, etc.

Tabla 1. Diferencias y semejanzas de los diferentes programas de formación

País	Duración de la residencia (años)	Estancia obligatoria en Atención Primaria	¿Cuánto tiempo en Atención Primaria? (meses)	Examen final	Sistema Sanitario basado en AP ( <i>gatekeepers</i> )
Austria	3	No			No
Alemania	5	Sí	18	No	No
Croacia				Sí	
Dinamarca	5	Sí	18		
Eslovenia	4	Sí	24	Sí	
España	4	Sí	18-24	No	Sí
Grecia	4	Sí	10		
Holanda	3	Sí	24		Sí
Israel	4	Sí	21	Sí	
Italia	3	Sí	12		
Polonia	4	Sí	24	No	
Portugal	4	Sí		Sí	Sí
Rep. Checa	3	Sí		Sí	
Suecia	5	No			
Turquía	4	Sí	12		
Ucrania	2	No			

Así mismo, tuve la ocasión de disfrutar de una rotación en un Centro de Salud Escocés, en la que pude observar las diferencias y similitudes de los dos sistemas sanitarios, el español y el británico, en cuanto a gestión, tanto clínica como de la demanda, y organización, de profesionales y recursos. Una de las cosas más sorprendentes fue analizar las diferencias en la formación sanitaria especializada en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) entre los diferentes países. En la tabla 1 se incluyen las principales diferencias y semejanzas de los diferentes programas de formación. Es importante establecer foros de debate y comunicación entre residentes a nivel europeo, con el fin de mantener un flujo continuo de información. De este modo, es posible compartir experiencias, habilidades, dudas, retos y quejas, para así establecer unos mínimos estándar de calidad en la formación del médico de familia.

### El programa Hipócrates en Portugal: experiencia V. Parent Mathias

Hipócrates es el Programa Europeo de Intercambio de Residentes de Medicina de Familia de la WONCA Europa (Sociedad Española de Medicina de Familia) que está supervisado por su grupo de trabajo dedicado a la docencia: EURACT (Academia Europea de Profesores y Tutores en Medicina de Familia).

El objetivo principal de realizar el programa Hipócrates es fomentar el intercambio y la movilidad de los médicos residentes de medicina de familia proporcionándonos la ocasión de conocer mejor la Medicina de Familia en Atención Primaria en los países europeos que participan en el programa, siendo en mi caso el destino elegido Portugal. Así mismo, el programa crea una colaboración entre países y sociedades científicas, siendo muy interesante para el residente como experiencia en programas de cooperación internacional.

En este período, se introduce al residente en la medicina de familia, participando activamente en todas las actividades del centro de salud, adquiriendo conocimientos en calidad, prevención y promoción de la salud, gerencia, administración de recursos y personal y actividades dirigidas a la comunidad. Se cuenta en todo momento con el apoyo del coordinador local para solicitar y obtener ayuda, alcanzando el máximo provecho de la estancia.

Es una experiencia única el poder participar en un programa internacional, en el que a nivel personal se mejoran las capacidades y habilidades, se objetivan nuevas posibilidades laborales de futuro y se genera una visión global y crítica de nuestra práctica clínica. Todo ello permite conocer nuestra especialidad, no sólo desde el punto de vista científico, sino también desde la estructura de sus componentes, evidenciando las diferencias y similitudes, accediendo al conocimiento de la realidad de nuestra especialidad en los ámbitos internacionales.

#### MESA COMUNICACIÓN Y SALUD

### Participación del paciente en la toma de decisiones

Viernes, 18 de junio / 09.30-11.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 2 / Sala 2G-2H

#### Moderadora:

**Ana Carvajal de la Torre**

*Médico de familia. CS Casa do Mar, A Coruña. Servizo Galego de Saúde. Programa Comunicación y Salud de la semFYC.*

#### Ponentes y contenido:

1. Algunas pistas y reflexiones para hacer más efectivo el involucramiento de los pacientes en la toma de decisiones en Atención Primaria

**Roger Ruiz Moral**

*Médico de familia. UD de MFyC de Córdoba. Servicio Andaluz de Salud. Programa Comunicación y Salud de la semFYC.*

2. Participación del paciente en la toma de decisiones en la consulta

**Lilisbeth Perestelo Pérez**

*Psicóloga clínica y de la salud. Investigadora en Servicios de Salud, Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud.*

#### Introducción

La toma de decisiones compartidas es una estrategia de ayuda en la consulta que, partiendo de una orientación centrada en el paciente, trata de ayudar a los pacientes que desean involucrarse y a los profesionales a tomar decisiones basadas en la mejor evidencia clínica y en las preferencias y valores del paciente.

En muchas situaciones clínicas no existe una única opción diagnóstica o terapéutica válida para todos los pacientes: cuando la ponderación de beneficios/riesgos depende de valores personales, cuando no existe evidencia científica de cuál es la mejor opción, o cuando existen alternativas con resultados similares.

En las consultas de AP hay numerosas oportunidades para involucrar a los pacientes en la toma de decisiones. De forma teórica, se acepta el cambio de un modelo paternalista de relación hacia otro de igualdad en la consulta. Numerosos estudios demuestran que la participación de los pacientes en la toma de decisiones se asocia con un mejor cumplimiento y una mayor satisfacción. Pero en la práctica, tanto los profesionales como los pacientes se pueden sentir confundidos cuando se trata de cambiar actitudes y roles.

Con el fin plantear cuestiones de actualidad en la toma de decisiones compartidas y abrir el debate, se tratarán los siguientes aspectos:

- Conceptos teóricos básicos y criterios para la toma de decisiones compartidas.
- Oportunidades y barreras para la implementación de la toma de decisiones compartidas en AP.
- Ejemplos de aplicación práctica en la consulta de AP.

Algunas pistas y reflexiones para hacer más efectivo el involucramiento de los pacientes en la toma de decisiones en Atención Primaria

**R. Ruiz Moral**

Tanto los clínicos como los pacientes suelen tener distintos objetivos para las consultas. Uno de ellos que últimamente atrae mucho interés es el que ambos puedan expresar sus propias ideas sobre lo que en ellas se trata para así poder contribuir a mejorar la atención clínica y a que los pacientes afronten mejor sus problemas de salud. La forma en la que involucramos a los pacientes en la toma de decisiones es un aspecto muy trascendental para facilitar o no la expresión de ideas, intercambiar información de una manera más o menos eficiente y hacer que cada uno contribuya, en la medida de sus posibilidades y deseos, al proceso de «producción de salud» que debe suponer una consulta.

Desde diferentes ámbitos, se han propuesto modelos para poder involucrar a los pacientes en la toma de decisiones. En general, estos modelos se han basado en contextos en los

que los problemas son de alto riesgo, hay una escasa certidumbre y existe más de una alternativa de acción razonable. Las situaciones en Atención Primaria (AP), aunque pueden coincidir con este tipo de problemas, no son las más frecuentes y tal vez sea de interés desarrollar o llamar la atención sobre otras perspectivas que faciliten esta participación del paciente de manera más contextualizada y realista a las circunstancias que tienen lugar en este tipo de práctica. En general, los modelos de participación del paciente que enfatizan el intercambio de información sobre las opciones disponibles, en cualquier contexto clínico, pero especialmente en AP, pueden llevar a olvidar los aspectos claves de las relaciones interpersonales y a difuminar otras formas de participación de los pacientes diferentes a las que suponen la selección sobre un menú de opciones de tratamiento.

La ponencia, por una parte, expondrá las características principales de la AP y que pueden y deben matizar el involucramiento de los pacientes potenciando los aspectos comunicacionales, y por otra, la importancia para la participación de los pacientes de los esfuerzos comunicativos que pueda hacer el profesional para entender las perspectivas y preocupaciones de aquéllos, desarrollar la relación y promover la mutua confianza. Las conductas que los médicos de familia y las experiencias que adquieren los pacientes en las consultas tienen lugar en la interacción misma, y precisa ser entendida desde dentro de ésta, como un proceso en desarrollo en el que, además de los propios aspectos comunicativos que tienen lugar en ella, influye el amplio tejido relacional en el que están inmersos médico y paciente.

---

### Participación del paciente en la toma de decisiones en la consulta

L. Perestelo Pérez

En muchas ocasiones, los pacientes y profesionales sanitarios han de tomar decisiones sobre tratamientos o pruebas

diagnósticas sobre las cuales no existe certeza acerca de sus resultados médicos. Esta incertidumbre puede estar ocasionada directamente por la ausencia de evidencia científica al respecto, pero también por el hecho de que diferentes tratamientos con el mismo objetivo terapéutico ofrecen, en muchos casos, un balance beneficios/riesgos similar. Precisamente, por no existir en esas ocasiones una única o «mejor» decisión, es necesario informar al paciente con el objetivo de incorporar sus preferencias a la toma de decisiones, dado que el punto de vista de los pacientes puede diferir de la percepción del profesional en cuanto a la importancia personal que se le asigna a la relación entre los beneficios y los efectos nocivos de las diferentes opciones diagnósticas y terapéuticas.

En este contexto cobra sentido lo que se ha denominado «toma de decisiones compartida» (TDC), entendida como un proceso interactivo entre el médico y el paciente, en el cual se comparten los conocimientos de uno y otro (conocimientos técnicos por parte del médico, y el conocimiento que posee el paciente sobre sus propias preferencias y valores sobre la salud), con el objetivo de alcanzar una decisión sobre el tratamiento lo más satisfactoria posible para el paciente, tanto a nivel objetivo como subjetivo.

En las consultas de Atención Primaria (AP) hay numerosas oportunidades para involucrar a los pacientes en la toma de decisiones. De forma teórica, se acepta el cambio de un modelo paternalista de relación hacia otro de igualdad en la consulta. Diversos estudios señalan que la participación de los pacientes en la toma de decisiones se asocia con un mejor cumplimiento y una mayor satisfacción.

Con el fin plantear cuestiones de actualidad en la TDC y abrir el debate, se tratarán los siguientes aspectos:

- Conceptos teóricos básicos y criterios para la TDC.
- Oportunidades y barreras para la implementación de la TDC en AP.
- Ejemplos de aplicación práctica en la consulta de AP.



# Debates

## DEBATE 1

### Retos en nuestro desarrollo profesional

Viernes, 18 de junio / 13.00-14.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 1 / Auditorio 1A

#### Moderador:

**Juan Carlos Arbonies Ortiz**

*Médico de familia. CS de Beraun - Errearteria. Tutor de la UD de MFyC de Gipuzkoa. Responsable del desarrollo profesional individual de la semFYC. Coordinador del proyecto portfolio semFYC.*

#### Ponentes y contenido:

1. DPI y recertificación del médico de familia.

¿Qué ganamos y qué perdemos?

**José Antonio Prados Castillejo**

*Médico de familia. CS Lucano, Córdoba. Vicepresidente de la semFYC. Director del proyecto Portfolio integral semFYC y Portfolio docente de la semFYC.*

2. Recertificación de profesionales..., ¿es necesaria?

**Rosa M.ª Moreno Carrilles**

*Jefa de la Sección de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. Miembro de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV). Vocal de la Junta Directiva de la Federación de Asociaciones Científicas Médicas Española (FACME).*

#### Introducción

**J.C. Arbonies Ortiz**

Los profesionales sanitarios debemos adaptarnos a las nuevas necesidades sociosanitarias de la población, a las demandas de las organizaciones sanitarias y a los continuos avances en tecnología e investigación.

Para que esta adaptación sea posible, es obligado abordar en nuestra formación continuada un cambio cultural y metodológico basado en los siguientes aspectos:

- Necesitamos pasar de un modelo de enseñanza clásico, basado en la adquisición de los conocimientos, a un modelo orientado a lograr competencias profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para desarrollar una tarea) que nos ayuden a mejorar la atención a nuestros pacientes.
- Necesitamos cambiar de un modelo pasivo, basado en la recepción de una enseñanza a un modelo más proactivo basado en el aprendizaje individual autodirigido que pueda aplicarse en la práctica diaria.
- Necesitamos determinar cuáles son las competencias que tenemos que mantener y aquellas en las que tenemos que mejorar. Es necesario darle valor a la evaluación de nuestra práctica diaria y orientarla a la detección de necesidades de formación. Tenemos que realizar el cambio cultural desde la formación para la evaluación a la evaluación para la formación.
- En definitiva, tenemos pendiente el tránsito del concepto de formación continuada clásico al desarrollo profesional continuo individualizado, autodirigido, basado en herramientas evaluativas que detecten qué grado de competencias poseemos y cuáles necesitamos mejorar para, posteriormente, diseñar nuestros planes formativos con el objetivo de mejorar la atención a nuestros pacientes en la práctica diaria.

Todo esto tenemos que lograrlo en un contexto en el que está pendiente la recertificación profesional que garantice la calidad de los procesos asistenciales que realizamos, en una medicina cada vez más compleja y en constante evolución que exige que los profesionales adapten sus competencias a las nuevas necesidades de la población.

#### Bibliografía

- Grupo Portfolio. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). El Portfolio estandarizado: una herramienta de evaluación formativa para médicos de atención primaria. JANO. 13-19 octubre 2006;1623:13-9.
- Martín Zurro A. Recertificación profesional: una asignatura que sigue pendiente. FMC. 2010;17(3):111-2.
- Ruiz de Adana Pérez R. El desarrollo profesional continuo como estrategia de mejora de la calidad en las organizaciones sanitarias. JANO. enero 2010;1756:68-74.

DPI y recertificación del médico de familia.

¿Qué ganamos y qué perdemos?

**J.A. Prados Castillejo**

Desde hace mucho tiempo los médicos de familia somos conscientes de la necesidad de mantener nuestra competencia profesional basada en nuestro principal valor: el servicio a nuestros pacientes.

Hemos colaborado en nuestro país, en los últimos años, en el desarrollo de conceptos como formación continuada, desarrollo profesional continuo o DPI (desarrollo profesional individualizado). Hemos potenciado iniciativas para estimular la implantación de procesos de certificación de nuestros residentes o de recertificación en nuestra práctica.

1. Pero realmente, ¿esto tiene beneficios para nosotros? ¿Cuáles son? ¿Qué repercusión va a tener en nuestra práctica o en nuestros sueldos? ¿Qué beneficios obtendrán nuestros pacientes?

Reflexionaremos sobre los beneficios que los procesos evaluativos basados en la autorreflexión, utilizados de forma normativa o por iniciativa personal, pueden tener en el mantenimiento de nuestra competencia y en los resultados de salud. Esto plantea, por tanto, una obligación moral, ética y legal clara.

2. Y si presuponemos beneficios, ¿qué coste tendrá para nosotros? ¿Qué posibilidades tenemos de desarrollo en unas condiciones de trabajo muchas veces bastante duras? ¿Qué esfuerzo requerirá? ¿Cuánto tiempo? ¿Nos lo podemos permitir o estos procesos serán sólo para los más motivados?

Existen dificultades para el desarrollo de procesos que sean complejos o con mucha carga administrativa. Hay mucha carga asistencial, poco tiempo, y no existe liberación planificada para facilitarlos. La mayor parte de las experiencias desarrolladas hasta ahora se han realizado con profesionales muy motivados a costa de su tiempo personal y tardando mucho más de lo que habrían planificado inicialmente los expertos.

3. Independientemente de ello, ¿estos procesos pueden ser obstaculizados o, por el contrario, representan un deber social difícil de parar? La experiencia internacional demuestra que estos procesos van en aumento y ya existen en los países con mejores niveles de salud. Se considera un deber social que debe ser garantizado de forma normativa. La pregunta es: ¿quién lo está haciendo en otros sitios y quién debería hacerlo en nuestro entorno?

4. Por último, reflexionaremos sobre cómo tendrían que ser estos procesos a partir de las experiencias que existen en nuestro país y en nuestro contexto cultural para facilitar su implantación, si ésta se lleva a término.

Necesitamos procesos voluntarios, gratuitos, basados en la confianza en el profesional (autoevaluativos, por tanto, y basados en la autorreflexión), con una repercusión clara en la carrera profesional y a ser posible, en el «bolsillo» y promocionado, reconocido y favorecido por la institución contratante, pero desarrollados por las sociedades científicas, verdaderos representantes del colectivo y con el conocimiento y los recursos necesarios para generar procesos válidos, fiables y aceptables por el profesional.

### Recertificación de profesionales..., ¿es necesaria?

R.M. Moreno Carrilles

Para comprender inicialmente por qué es necesaria la Recertificación de los Profesionales Médicos, debemos tener presentes ciertos conceptos.

El **desarrollo profesional** se define como el período de educación y formación que comienza después de la educación médica básica y la formación de posgrado; de aquí, se extiende a lo largo de toda la vida profesional del médico.

Se entiende como **desarrollo profesional continuado (DPC)** el proceso de crecimiento a través del cual una persona que ejerce una profesión va incrementando y perfeccionando su grado de competencia. Implica una actividad individual y específica (desarrollo profesional personalizado).

**Competencia profesional** es el grado en que el sujeto puede utilizar sus conocimientos, aptitudes, actitudes y buen juicio asociados a su profesión, para poder desempeñarla de manera eficaz en todas las situaciones que corresponden al campo de su práctica.

En la actualidad existe una tendencia en el ámbito internacional a incorporar procesos de acreditación y reacreditación (ARA).

La **acreditación** es un proceso por el cual un profesional o un especialista en formación demuestra o satisface el nivel de competencia y calidad adecuado. Se realiza mediante procesos evaluativos diseñados por las administraciones públicas (AAPP), aunque según qué países, depende de colegios profesionales y/o sociedades científicas (SSCC). Superado el proceso de acreditación, se expide un documento acreditativo permanente o temporal. Debe ser liderado por la Comisión Nacional de la Especialidad, con la asesoría y el soporte de las SSCC.

La **reacreditación** es un proceso de evaluación periódica de los profesionales ya certificados y en ejercicio, para mantener y mejorar la competencia profesional. Igualmente se expide un documento acreditativo al superar este proceso. Estos procesos habitualmente están realizados por SSCC o colegios profesionales, refrendados por el Sistema Nacional de Salud.

### Desarrollo profesional continuado y sociedades científicas

En España, se han desarrollado diferentes procesos de evaluación de competencias desde las AAPP. Pero el diseño de las herramientas básicas para el desarrollo de estos procesos se ha realizado desde las SSCC (p. ej., los ECOE en Medicina Interna, Geriatría, Portfolio en Medicina de Familia y Comunitaria).

Las SSCC tienen que tener un papel relevante en estos procesos ya que poseen el conocimiento y la posibilidad de desarrollar herramientas del DP y la evaluación de competencias, así como los recursos humanos (RRHH) y el material necesarios para su desarrollo.

En España, se ha establecido recientemente un marco legal claro, que se basa en tres leyes publicadas en 2003: el Estatuto Marco, la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS) y la Ley de Cohesión y Calidad (LCC) del SNS.

### Objetivos del proyecto ARA

- Favorecer el desarrollo de procesos de certificación y recertificación desde las AAPP, ofertando el asesoramiento y el apoyo necesarios, con la colaboración de todas las organizaciones profesionales implicadas, para el diseño y puesta en marcha de circuitos de competencias válidos fiables y flexibles, basados fundamentalmente en evaluación formativa y específicos para cada especialidad.
- Impulsar los procesos de evaluación de competencias para conseguir el mayor desarrollo de los especialistas y favorecer al máximo la calidad en la atención sanitaria.
- Diseñar un sistema de evaluación integrado de competencias (SEIC) como herramienta de uso común a todas las especialidades, manteniendo que cada especialidad diseñe los procesos evaluativos y formativos concretos, vinculados a las competencias de las diferentes especialidades, con la sugerencia de que las técnicas de evaluación empleen métodos basados en ECOE y portfolio.
- Conseguir que exista un reconocimiento institucional del Proyecto ARA por parte de la Administración.

### Tareas del proyecto ARA

- A través de FACME, invitar a todas las SSCC a formar parte.
- Establecer contactos con los ministerios, con las comisiones de cada especialidad a través del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.
- Consensuar el documento del proyecto ARA con todas las SSCC.
- Contactar con organizaciones como la OMC, Conferencia de Decanos, Asociación de Residentes, Asociación de Estudiantes de Medicina, sindicatos médicos, entre otras.
- Organizar reuniones de presidentes y coordinadores del proyecto ARA.
- Generar grupos de trabajo en el proyecto.

## DEBATE 2

«No escriba eso, doctor. A ver quién lo lee».

Historia clínica electrónica, réquiem o esperanza de la medicina de familia

Jueves, 17 de junio / 09.30-10.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 1 / Auditorio 1A

### Moderador:

**Fernando León Vázquez**

*Médico de familia. CS San Juan de la Cruz, Pozuelo de Alarcón (Madrid). Máster en Derecho Sanitario. Diplomado en Derecho. Coordinador del Grupo Lex Artis de la SoMaMFyC. Miembro del GdT Enfermedades Reumatológicas de la semFyC.*

### Ponentes y contenido:

1. Problemas éticos y legales en la informatización de la historia clínica..., y soluciones

**Soledad Holgado Catalán**

*Médico de familia. CS Monterozas, Las Rozas (Madrid). Máster en Bioética. Ex presidenta del Comité de Ética Asistencial del Área 6 de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud. Grupo Lex Artis de la SoMaMFyC y GdT Ética de la semFyC.*

2. Historia clínica electrónica: réquiem o esperanza de la medicina de familia

**Salvador Lou Arnal**

*Médico de familia. CS Utebo, Zaragoza. Coordinador del grupo DRECS (Desarrollo de Aplicaciones Informáticas de Soporte Decisional). Miembro del Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria.*

## Introducción

De forma generalmente acrítica, se acepta como beneficioso para la Atención Primaria la informatización de la historia clínica, sin reparar en los problemas que puede generar, debido a la falta de adecuación de modelos, desarrollados desde una perspectiva más de gerencia que de clínica. A menudo es poco sensible a los principios definitorios de nuestra especialidad, ni a otros aspectos como la confidencialidad, el coste de oportunidad, etc. Su diseño nos aboca a sustituir una burocracia de lápiz y papel por otra de clics de ratón, menos onerosa tal vez, pero igualmente irracional. Y, en el camino, la historia clínica pierde calidad y contenidos narrativos consustanciales a nuestra especialidad.

En este proceso de informatización han nacido nuevas inquietudes sobre las limitaciones de acceso y el riesgo de la pérdida de confidencialidad de los datos vertidos en ella. La Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos establece los fundamentos de la protección de la información en general, mientras que la Ley de Autonomía del Paciente se centra en concreto en los datos sanitarios. Es necesario abrir un debate que permita una reflexión sobre el tema y la posible introducción de cambios en el proceso que, según la perspectiva, eviten la progresiva degradación del ejercicio clínico de la especialidad o mejoren aspectos parciales de este proceso.

---

## Problemas éticos y legales en la informatización de la historia clínica..., y soluciones

S. Holgado Catalán

En las últimas décadas hemos vivido cómo la relación médico-paciente se transformaba. De ese paciente pasivo, mero receptor de las intervenciones que su médico le indicaba con su mejor criterio, dejándolas o no reflejadas en una historia clínica de la que no se discutía la propiedad, se ha pasado a un sujeto activo, con derechos y autonomía para adoptar decisiones referentes a su salud o acceder a su historia clínica. Pero los cambios ya comenzaron unos años antes, cuando la atención sanitaria no la proporcionaba un único profesional, sino un equipo formado por varios especialistas, enfermeras, técnicos... En esta diversificación, se ponía en riesgo algo que durante siglos había constituido uno de los ejes clave de la atención sanitaria, el valor de la confidencialidad y el secreto.

En el momento actual, nos dirigimos hacia un modelo de relación en el que los pacientes tienen capacidad de decisión y reclaman su derecho a la intimidad. Son atendidos por diferentes profesionales que van incorporando datos a una historia clínica electrónica (HCE) que ya no queda restringida sólo al centro de atención del paciente, sino que puede ser accesible al propio paciente y a otros centros de la misma provincia, comunidad autónoma, nación o incluso país de la Unión Europea.

### Marco normativo

La aplicación de las nuevas tecnologías de la información a la asistencia sanitaria aporta mejoras en múltiples aspectos, como el de garantizar la continuidad asistencial entre primaria y especializada, o disminuir el riesgo de episodios adversos por falta de información o evitar la duplicidad de pruebas. Todo ello a costa de poner en riesgo un derecho fundamental del paciente, el derecho a la intimidad y confidencialidad, reconocido en el artículo 18.1 de nuestra Constitución, en la Ley Orgánica 1/1982 de Protección del Honor, Intimidad y Propia Imagen, en la Ley 14/1986 General de Sanidad (LGS) o más recientemente en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente. El correlato a este derecho a la inti-

midad es el deber del médico de secreto o confidencialidad, recogido ya en el juramento hipocrático, y en la actualidad en el artículo 16 de la Ley 41/2002, en el artículo 16 de nuestro Código Deontológico, y en el artículo 199 del Código Penal, y cuyo quebrantamiento conlleva sanciones disciplinarias, administrativas, civiles e incluso penales. La LGS expresamente sólo autoriza el acceso a la historia clínica a los facultativos que directamente están implicados en el diagnóstico y tratamiento del enfermo.

La preocupación por estos temas se pone de manifiesto en la Ley 15/1999 de Protección de Datos, donde se hace mención especial a la regulación del tratamiento de los datos de salud considerados especialmente protegidos, en la Directiva 95/46/CE del Parlamento Europeo, o en que, tras la publicación de la Ley 11/2007 de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos, Galicia haya querido regular específicamente el uso y acceso a la historia clínica electrónica (Decreto 29/2009).

### Marco ético

Si dejamos a un margen los aspectos legales y hacemos un análisis desde un punto de vista ético, nos encontramos ante dos valores enfrentados: por un lado, el derecho a la intimidad del paciente y por otro, el derecho de acceso a la información sanitaria completa. Respetar al máximo el primero de ellos supone limitar la información accesible al profesional sanitario, interfiriendo en su labor asistencial. Por el contrario, no establecer límites a la información podría dañar gravemente la intimidad del paciente. La primera situación vulnera el principio de beneficencia y, secundariamente, el de no maleficencia si, como consecuencia de una falta de información, se produjera un episodio adverso; la segunda es contraria a los principios de no maleficencia y autonomía. La prudencia nos hace optar por un curso de acción intermedio en el que, atendiendo al principio de proporcionalidad, el grado de lesión que se produzca sobre uno de los valores esté claramente justificado por el beneficio obtenido. Aunque en unos casos pueda no depender de nosotros directamente, en otros sí podremos optar. Registrar sólo lo estrictamente necesario, restringir a otros usuarios el acceso a información considerada especialmente sensible por el propio paciente o por el médico, informar al paciente sobre los datos que se recogen y quién y cómo puede acceder, aplicar todas las medidas de seguridad que la técnica nos ofrece o consultar sólo los datos necesarios para resolver el proceso actual son hábitos que nos llevan a la excelencia.

Se está trabajando en desarrollar soportes informáticos que cuenten con medidas de seguridad que garanticen la integridad, la autenticidad, la confidencialidad, la calidad, la protección y la conservación de los documentos almacenados. Puede que la técnica imponga limitaciones, o la ley sanciones, pero si no cambiamos las actitudes siempre será posible hacer un mal uso de la historia clínica, con el riesgo de la pérdida de confianza de los pacientes en los profesionales y en el sistema sanitario.

Como último punto, podemos plantear un problema más a debatir, en este caso no dependiente de los profesionales, sino más bien de los gestores: considerando que la HCE surge como una de las posibles soluciones al aumento de costes de los sistemas públicos de salud, ¿hay suficientes estudios de rentabilidad que justifiquen realmente el coste económico que está suponiendo la implantación de la HCE? Esperemos que así sea, porque de no serlo difícilmente podría argumentarse desde el principio de justicia la insistencia de diferentes gobiernos en su puesta en funcionamiento.

## Bibliografía

- Alborch Bataller V. La confidencialidad de la historia clínica. Grupo de Bioética de la SVMFiC. Julio 2003.
- Cortés U, Vázquez-Salceda V, López-Navidad A. Protección de datos médicos e Internet (LSI-01-17-R). Technical Report. Departament de Llenguatges i Sistemes d'Informació. Universitat Politècnica de Catalunya. Disponible en: [http://www.lsi.upc.edu/dept/techreps/llistat\\_detallat.php?id=518](http://www.lsi.upc.edu/dept/techreps/llistat_detallat.php?id=518)
- Centralización informática de datos e historias clínicas. Principios éticos de protección de la intimidad del paciente. OMC, 2005.
- Documento de trabajo sobre el tratamiento de datos personales relativos a la salud en los historiales médicos electrónicos (HME). Grupo de Trabajo sobre protección de datos del artículo 29. Disponible en: [http://www.cgcom.es/sites/default/files/227\\_historia\\_medica.pdf](http://www.cgcom.es/sites/default/files/227_historia_medica.pdf)

## Normativa

- Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen.
- Directiva 95/46/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995 relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
- Ley 11/2007, de 22 de junio, de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos.
- Decreto 29/2009, de 5 de febrero, por el que se regula el uso y acceso a la historia clínica electrónica.

## Historia clínica electrónica: réquiem o esperanza de la medicina de familia

S. Lou Arnal

En la década de 1990 se iniciaron los primeros pasos hacia la implantación de la historia clínica electrónica (HCE) en el ámbito de la Atención Primaria (AP) de nuestro país, dejando de ser un hecho aislado, voluntarista y casual, para pasar a ser una prioridad estratégica de las administraciones. Las expectativas eran muy altas, ya que se consideraba que las nuevas tecnologías de la información iban a generar un proceso revolucionario capaz no sólo de modificar la gestión de la información como soporte de la atención clínica individual, sino también el día a día asistencial. Ello sería posible mediante mejoras en el manejo de la burocracia, el manejo asistido de patologías y la seguridad del paciente, la docencia y la investigación, la facilitación de la coordinación asistencial, una mejor evaluación de la actividad que sirviese de base a nuevas formas de gestión clínica, etc<sup>1</sup>.

El proceso se inicia de forma bastante homogénea en torno a un modelo de HCE, el OMI-AP, cuyas características van a lastrar todo su desarrollo posterior. De ellas, destacaríamos las siguientes:

- Clara prioridad a las necesidades de gestión frente a las necesidades clínicas: se arrincona el listado de condicionantes y problemas, elemento nuclear de la HC orientada por problemas, y se focaliza el registro en el episodio que, en teoría y previa codificación, posibilitará la aplicación en AP de metodologías de evaluación basadas en el *case mix*, además de facilitar la gestión del conocimiento y la investigación.

- En el análisis previo no se prevé ninguna solución a los problemas de burocratización de las consultas, consolidando así las ineficiencias existentes (trámites de Incapacidad Temporal, recetas de crónicos, justificantes, informes). Se arrincona el sello de caucho, pero se mantiene la firma manuscrita del médico como elemento validador de los múltiples documentos administrativos generados en torno a la consulta. Se pierde así la oportunidad de implantar la validación o firma electrónica que, aunque manteniendo circuitos administrativos ineficientes, hubiese posibilitado sacarlos de la consulta médica, ayudando así a paliar uno de los principales problemas endémicos de la AP.
- Baja usabilidad por la rigidez de configuración, el software centralizado que enlentece o imposibilita la introducción de mejoras y, sobre todo, la nula ergonomía en la navegabilidad, que obliga a múltiples clics de ratón para cualquier tarea. En una estimación realizada con el programa Odplus en una de las últimas versiones del OMI-AP (con base de datos descentralizada), para una consulta tipo con 35 visitas con dos motivos de consulta por visita más 15 visitas no presenciales para renovación de recetas con una media de 3 recetas por paciente, se precisaron más de 4.000 clics de ratón con un recorrido a lo largo de la pantalla de algo más de 500 metros. 17 clics de ratón para hacer una derivación a enfermería o 15 para hacer una receta (sin contar posología y duración del tratamiento) pueden parecer irrelevantes en una consulta con 20 minutos por paciente. Pero en una consulta de 6-7 minutos por paciente, esos más de 100 clics por visita significan o que se reduce el tiempo de registro clínico (escribir en la HC) a la mitad (y por tanto, escribimos menos), o se aumenta en casi 1 hora la duración de la consulta.

Estos rasgos no sólo no se corrigen en su desarrollo posterior, sino que se incrementan. En estos últimos 10-12 años hemos asistido a una segunda «revolución» en la implantación de la HCE. Iniciada en el País Vasco y seguida por las restantes autonomías, se tiende a abandonar los programas iniciales y sustituirlos por nuevos programas (DIRAYA, ABUCASIS, MEDORA, TURRIANO, JARA...) o nuevas versiones del anterior (AP Madrid, OMI-AP Aragón...) cuya principal novedad es la migración a bases de datos centralizadas, en pos de una quimera, la Historia Clínica Digital común. Esta transición, casi como norma general, empeora de forma sustancial las funcionalidades alcanzadas con las versiones previas, ya que, a los problemas ya enumerados y que no son corregidos, se añaden los derivados de la centralización: pérdida de información clínica en la transición de sistemas, caídas del sistema, enlentecimiento de respuesta, etc. Y, entre tanto, seguimos esperando las funcionalidades de una HCE realmente orientada a la atención clínica que ya deberían haber aparecido después de un desarrollo de años: sistemas de ayuda de la prescripción, de soporte decisional, de comunicación con otros niveles asistenciales, de ayuda a la actualización y mantenimiento de la información clínica relevante, etc., rasgos todos ellos definitorios de una HCE eficaz desde el punto de vista clínico<sup>2</sup>.

Han transcurrido casi 20 años, se han invertido más de mil millones de euros, los profesionales han realizado un gran esfuerzo en la transición del formato papel al electrónico... Pero, ¿se han cumplido las expectativas creadas? ¿Ha sido una inversión eficiente?

No tenemos suficientes datos objetivos para responder a esas preguntas, ya que tan magno proyecto no ha ido acompañado de ningún tipo de evaluación. Pero sí podemos afirmar, como impresión general, que la HCE no sólo no ha respondido a las expectativas creadas, sino que además



ha contribuido de forma importante a la pérdida de rasgos sustanciales de la medicina de familia. Su diseño nos aboca a sustituir una burocracia de lápiz y papel por otra de *clicks* de ratón, menos onerosa en el mejor de los casos pero igualmente irracional. Y en el camino, la historia clínica pierde calidad y contenidos narrativos consustanciales a nuestra especialidad<sup>3</sup>. Pierde valor de la entrevista centrada en el paciente y su contexto para pasar a una entrevista centrada en el ordenador y en un software dirigido a satisfacer necesidades no clínicas de la tecnocracia. Ya no es preciso dedicarse a mirar al paciente y escucharle, sino a teclear en el ordenador al dictado del paciente, como teleoperador del nuevo paradigma informático. El tiempo de registro se reduce a su mínima expresión, sustituido por un reiterativo clickear con el ratón para cumplimentar pasos y pasos sin ningún contenido clínico, lo que da lugar a recoger una información de relevancia mínima o nula, eso sí, perfectamente legible. La HCE «episodificada» omite lo psicosocial y nos «ayuda» a olvidar el hecho de que hay en medicina de familia múltiples motivos de visita, sus interrelaciones y las «narraciones» que son de valor diagnóstico. Se deshace la carpeta que integraban las historias clínicas agrupadas de los individuos de la misma familia. Y nos obliga a disgregar la atención integral e integrada en sus múltiples componentes, cada uno de ellos con su correspondiente «episodio» y su respectivo código, todo ello para generar una información de nula fiabilidad que luego no es utilizada.

Entre tanto, suenan ya los *cantos de sirena* de la tercera revolución informática (receta electrónica, intranet sanitaria, base de datos centralizada del Sistema Nacional de Salud, historia clínica digital común, interconexión y la operabilidad entre los distintos dispositivos asistenciales y entre los diferentes territorios, telemedicina). En ella, los médicos de familia estamos siendo, aún más, meros espectadores. Tal vez volver al lápiz y papel sea la única forma de reflotar nuestra identidad como médicos de familia y dejar de ser los *Speedy González* del sistema.

#### Referencias bibliográficas

1. Alonso López FA. El desafío de la informatización en atención primaria. *Aten Primaria* 2000;26:437-8.
2. Gordon D, Schiff MD, Bates DW. Can electronic clinical help prevent diagnostic errors? *N Engl J Med*. 2010;362:1066-9.
3. Turabián JL, Pérez B. Buscando el paraíso. La historia de una isla fantasma: la medicina de familia en España. *Aten Primaria*. 2009;41:159-61.

#### DEBATE 3

### Controversias en educación sexual en la adolescencia: ¿de verdad hablamos de sexo con los adolescentes?

Jueves, 17 de junio / 10.30-11.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 1 / Auditorio 1A

#### Moderadora:

Rosario Jiménez Leal

*Médico de familia. Coordinadora del GdT Atención al Adolescente de la semFYC.*

#### Ponentes y contenido:

1. ¿Hablamos con nuestros jóvenes de sexo?

María Ferrero Barrio

*Ginecóloga. Presidenta de l'Associació de Planificació familiar de Catalunya i Balears.*

### 2. La educación sexual de los/las adolescentes y jóvenes

Vicente Bataller i Perelló

*Sexólogo y psicoterapeuta. Coordinador de Espai de Sexologia del CIG-UV.*

#### Introducción

R. Jiménez Leal

Existe una idea generalizada sobre las relaciones sexuales y la adolescencia, en el sentido de que pese al incremento de información y formación en estos temas en las últimas dos décadas, las conductas sexuales de riesgo en estas edades no han disminuido.

Los medios de comunicación nos hablan de embarazos no deseados, del aumento de infecciones de transmisión sexual, del uso (¿abuso?) de tratamientos poscoitales... Si esto cierto, ¿qué es lo que falla?

Podríamos quedarnos con la lectura de que los jóvenes son unos irresponsables y no hay nada que hacer en temas de prevención sexual, pero desde las instituciones se sigue trabajando en campañas y programas dirigidos a la prevención de riesgo en estas edades.

Os animamos a ir un poco más allá y a reflexionar, de la mano de un sexólogo y una ginecóloga, sobre si realmente hablamos de educación sexual en estas edades o nos quedamos en la superficie, transmitiendo a los adolescentes los miedos, pero no los beneficios de una sexualidad sana y completa.

#### ¿Hablamos con nuestros jóvenes de sexo?

M. Ferrero Barrio

Cuando me planteé esta pregunta, inmediatamente pensé que sí, pero si pensamos en el significado de cada palabra de la pregunta se me plantean algunas dudas. ¿Hablamos con nuestros jóvenes? Cuando hablamos de sexo, ¿a qué nos referimos? ¿Qué es para nosotros, los profesionales, la sexualidad?

#### Hablar

- **Sexo:** es la característica biológica que agrupa a los individuos en dos subgrupos: machos y hembras.
- **Sexualidad:** es una dimensión de cualquier persona, con diferentes posibilidades (comunicación, vínculos afectivos, placer, fecundidad...), que permite vivir relaciones con diferentes grados de compromiso, tanto para hombres como para mujeres, heterosexuales y homosexuales, jóvenes y mayores<sup>1</sup>. Es un proceso que se inicia en el momento del nacimiento y se va construyendo a lo largo de toda la vida.
- **Género:** es el conjunto de normas y modelos asignados a cada sexo, denominado socialización diferencial. Se impone a las personas desde su nacimiento. Indica qué es lícito e ilícito, qué piensan, sienten y hacen hombres y mujeres. Es una construcción social cultural y, por tanto, obedece a las creencias y necesidades de cada grupo humano. Los modelos de identidad femenina y masculina varían de una época a otra, de una sociedad, religión e ideología a otra. Por lo tanto, son aprendidos.

Es necesario ponernos de acuerdo en estas definiciones para poder hablar con nuestros jóvenes. Aceptar que existe y acompañar su desarrollo.

La adolescencia es una época de cambios biológicos, psicológicos y sociales. Existen diferentes fases en este desarrollo de la infancia a la edad adulta. No es un proceso homogéneo en cada joven, ni es homogéneo en el colectivo joven. Existe

una discordancia entre la madurez corporal y la madurez psicológica. Hay una tendencia natural hacia la experimentación, que suele ser impulsiva, constante y cambiante.

Esta discordancia y la atracción hacia la experimentación les puede situar en situaciones de riesgo que, en la mayoría de casos, les va a ayudar en su aprendizaje y aumentar sus experiencias sin ninguna consecuencia hacia su salud.

Los cambios en la expresión de la sexualidad se van a manifestar con mayor intensidad.

Es una eclosión de emociones, dudas, ganas de investigarse a sí mismo/a...

Van a estar marcados y condicionados por sus relaciones grupales, la información que tengan y los recursos que puedan obtener de su entorno social.

Según la Encuesta Nacional de Salud sexual (ENSS) publicada en el 2009, relativa a la juventud entre 16 y 24 años, en preferencias sobre fuentes de información:

• *Si hubieras podido elegir ¿a través de quién te hubiera gustado recibir información sobre sexualidad?*

Mujeres jóvenes entre 16 y 24 años:

1º De la madre: 54 %.

2º Del profesorado del colegio: 23 %.

3º Del personal sanitario: 14 %.

Siguen, en menor proporción: amigas, padre, amigos.

Hombres jóvenes entre 16 y 24 años:

1º Del padre: 31 %.

2º Del profesorado del colegio: 27 %.

3º De la madre: 18 %.

En los dos grupos, siguen en menor proporción: personal sanitario, amigos, amigas.

• *Sobre dónde han buscado información cuando se han sentido preocupados por su vida sexual*, los profesionales sanitarios ocupan el primer lugar en la solicitud de información en las chicas y en los chicos lo ocupan los amigos.

Internet es una fuente usada más por los chicos.

Un 44 % de las chicas prefieren, entre los profesionales sanitarios, a los especialistas en ginecología, seguidos de los de medicina de familia y psicología. Los chicos recurren, en primer lugar, a los de medicina de familia, seguidos de los de urología, y en pequeña proporción, ginecología. Tanto los chicos como las chicas refieren muy excepcionalmente consultar con sexología.

Se observa en la encuesta una diferencia de género sobre dónde buscar la información y de quién desean recibirla.

Sobre las conductas de riesgo de nuestros jóvenes, en el Estado de Salud de la Juventud, Informe Juventud en España del año 2008:

• España ocupa el tercer lugar en el mundo en cuanto a sexo con protección, el quinto lugar en menos embarazos no deseados en menores de edad (6 %) y en lugar destacado en menor frecuencia de personas con historial de infecciones de transmisión sexual (ITS) (5 %), pero es uno de los países europeos con más casos de sida.

• El 42,8 % de los jóvenes menores de 18 años afirma que ha mantenido relaciones sexuales (RS) completas, siendo la media de edad de 14,7 años en los chicos y de 15,3 años en las chicas. El 24 % de los chicos y el 7 % de las chicas han tenido tres o más parejas en el último año. El 97,5 % de los jóvenes entre 15 y 17 años han usado preservativo y el 11 % de los menores de 20 años no ha adoptado ninguna medida de protección en la última RS. Han utilizado preservativo en la última RS principalmente para prevenir embarazos, y en tercer lugar para prevenir VIH/sida. Los que no lo han usado ha sido mayoritariamente por no tenerlo a mano.

Según el Informe de la Interrupción Voluntaria del Embarazo del 2008:

• El número de abortos ha sido de 115.812, un 3,27 % más que en el 2007. Es un incremento menor que el del año anterior. En adolescentes menores de 18 años fue un 1,27 % menor que el año anterior.

He presentado estos informes sobre nuestros jóvenes para destacar que, en general, sus conductas sexuales son «responsables».

Tenemos que conocer los factores de riesgo (alcohol, cocaína, marihuana, tabaco, entorno social, inicio de RS completas, uso del preservativo...) para poder planificar programas de prevención en salud sexual y reproductiva.

Pero enfocar la consulta que se nos hace sobre sexualidad, «sólo» hacia las conductas de riesgo y sus consecuencias negativas, sin transmitir el concepto de comunicación, placer, desarrollo personal, formas de expresión... Sería perder una ocasión de oro para hablar de sexualidad con la/el joven que quizás no se vuelva a repetir.

### La educación sexual de los/las adolescentes y jóvenes V. Bataller i Perelló

En el año 1995 leí mi tesis doctoral sobre educación sexual, fruto de la investigación realizada en el «telèfon Jove de la Sexualitat». Allí ya demostré la importancia de abordar la sexualidad en todas las etapas evolutivas, es decir, en la niñez, la infancia, la preadolescencia, la adolescencia y la juventud.

Después de 15 años, ¡cómo pasa el tiempo!, las intervenciones que se hacen en la Comunidad de Valencia abarcan cuarto de la ESO, este año ya se contempla intervenir en tercero de la ESO, vistos los problemas de embarazos no deseados y el inicio cada vez más temprano de sus relaciones sexuales (P.I.E.S.).

En todo caso, se siguen explicando más los «peligros» (anticonceptivos, prevención de infecciones de transmisión sexual [ITS], virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]/sida) que comportan las actividades sexuales, que abordar de forma integral el hecho sexual humano, inherente a todas las personas, desde que nacemos hasta que nos morimos.

La familia, el sistema educativo y el sistema social deben garantizar el desarrollo integral como personas a toda la ciudadanía, sin la educación sexual es evidente que es imposible.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone desde 1974 una definición de salud sexual y un acercamiento a la sexualidad, entendiéndola como un parámetro determinante en la comprensión biográfica de las personas con valores positivos, siendo un factor favorecedor del bienestar y la calidad de vida de las personas.

La educación sexual tendría que ayudar a los niños, niñas y adolescentes a adquirir una adecuada información sobre la anatomía y el desarrollo sexual, disipando mitos, creencias erróneas y dudas que se siguen transmitiendo de generación en generación.

Desarrollar habilidades vitales como el pensamiento crítico, la negociación y la comunicación, la confianza, la empatía, la capacidad para hacer preguntas y buscar ayuda, etc. Y consolidar actitudes y valores positivos como la mentalidad abierta, la autoestima, la ausencia de prejuicios, el respeto a los demás y una actitud positiva en lo referente a su salud sexual, serían los elementos a trabajar en educación sexual. Si deseamos realmente educar en la igualdad a los chicos y chicas tendremos que desterrar mitos y resolver dudas, y trabajar las actitudes machistas, sexistas y patriarcales que todavía persisten en nuestro contexto familiar y social.

El verdadero propósito de la educación sexual tiene que tender a que niños y niñas, chicos y chicas aprendan a conocer-

se. Aprender a saber cómo son y cómo funcionan. Y además, cómo son y cómo funcionan otros que son de su mismo sexo y quienes son del otro sexo. Ya que al hablar de sexualidades no hablamos sólo de genitales, sino de conocer el cuerpo, hablar de nuestra piel, de la sensibilidad, de los sentimientos, de las emociones, etc.

Conocerse también implica conocer las diferencias y aprender que somos únicos e irrepetibles. Como hombres o mujeres, no hay dos iguales, tampoco mejores o peores. La educación sexual tiene que tender hacia la aceptación de uno mismo/a, a estar contentos de cómo son, y en todo caso, que sepan que están preparados/as para el placer, para los afectos, para las relaciones eróticas (y, probablemente, para la reproducción).

Con la educación vamos transmitiendo modelos de hombres y mujeres y, por supuesto, quien «siente que se queda fuera de los márgenes propuestos», tiene mucho más difícil aceptarse. Tendríamos que revisar esos márgenes y ampliarlos para que quepan todas las sexualidades, y se pueda disfrutar y tener satisfacciones en el ámbito sexual. Hay que hablar de deseos, fantasías y conductas, que están en función de cada persona, y no existen reglas ni normas preestablecidas tal como nos han dicho.

En la erótica es mucho más importante el cómo se vive que cómo se hace. El disfrute, el placer y el saber que es plural y con muchas posibilidades es básico en estas etapas evolutivas del desarrollo. A todas las edades hay cosas que conocer, que aceptar y una erótica que se expresa. Aunque evidentemente no es igual en la infancia, la adolescencia o la edad adulta. En todo caso, hay que aprender a expresar la erótica de la forma más satisfactoria posible.

La sexualidad infantil es muy diferente a la adulta. Ésta, está poco diferenciada y poco organizada en relación a la adulta. En la infancia no se percibe una clara diferencia entre lo sexual y lo no sexual. Los deseos no están claros y menos aún la posible orientación de éstos, así como los significados son diferentes. La clave está en «no ver con ojos de adultos lo que hacen los niños o niñas».

Todos los niños y las niñas son curiosos, y además es bueno que así sea. La curiosidad funciona como un motor para el aprendizaje. Por tanto, es necesario satisfacer la lógica curiosidad con una buena información sexual. La falta de respuesta ante este tipo de cuestiones convierte lo sexual en lo prohibido, en lo que debe ocultarse. La espontaneidad infantil puede desaparecer si no se ofrecen a ese niño o niña respuestas adecuadas y sinceras, ya en esta etapa evolutiva. Hay que posibilitar con la educación sexual que los niños y las niñas, los preadolescentes, los adolescentes y los jóvenes vivan su sexualidad con naturalidad, es decir, mostrándose cada uno como es, sin fingir, sin caretas. En definitiva, sin jugar a lo que no se es.

Finalmente, indicar a las familias que sean conscientes de que se educa con el modelo de hombre o mujer, con el modelo de pareja, con lo que se habla, con lo que se calla, con la actitud, con lo que se habla delante de ellos o de ellas, con el papel que desempeñan los afectos, la comunicación, la naturalidad y el respeto.

Posibilitar una buena educación sexual en estas etapas evolutivas supone una garantía para su desarrollo como personas adultas, donde la igualdad, las relaciones de equidad entre los géneros y la coeducación sean los pilares para hacer personas adultas, autónomas y respetuosas de su sexualidad.



# Actualizaciones

## MESA 1

### ABC de Neurología en Atención Primaria

Viernes, 18 de junio / 09.30-10.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 1 / Auditorio 1A

#### Moderador:

**Salvador Tranche Iparraguirre**

*Médico de familia. CS El Cristo, Oviedo. GdT Neurología de la semFYC.*

#### Ponentes y contenido:

##### 1. Cefalea

**Jesús Castillo Obeso**

*Médico de familia. CS Camargo Costa, Camargo (Santander). Cantabria. GdT Neurología de la semFYC.*

##### 2. Enfermedad de Parkinson y trastornos del movimiento

**Pedro José Moreno Álvarez**

*Médico de familia. ZBS La Rinconada, Sevilla. GdT Neurología de la semFYC.*

##### 3. Dolor neuropático

**Antoni Plana Blanco**

*Médico de familia. ABS Balàfia-Pardinyes-Secà de Sant Pere, EAP Lleida-4, ICS, Lleida. Miembro del GdT Neurología de la semFYC.*

#### Introducción

Los síntomas y signos neurológicos constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria (AP), siendo un importante motivo de preocupación tanto para los pacientes, por la posibilidad de presentar una enfermedad crónica o potencialmente grave, como para los médicos, por la perspectiva de tenerse que enfrentar a diagnósticos difíciles y unos tratamientos con los que, en ocasiones, se encuentra poco familiarizado.

La cefalea, la enfermedad de Parkinson y el dolor neuropático, por su alta prevalencia, su escasa dificultad diagnóstica y la posibilidad de aplicar un tratamiento apropiado en AP, son los tres procesos neurológicos con los que el médico de AP debe estar más familiarizado.

La cefalea sigue presentando dificultad en el momento del diagnóstico para muchos profesionales de AP impidiendo la aplicación de un tratamiento apropiado con el consiguiente fracaso terapéutico. El conocimiento de estos criterios diagnósticos y los criterios de sospecha de cefalea secundaria se hacen, por tanto, imprescindibles.

La enfermedad de Parkinson presenta numerosos avances terapéuticos y es fundamental que el médico de AP tenga un conocimiento sencillo y práctico de éstos. Los diferentes fármacos, actualmente existentes, han supuesto una importante mejoría en la calidad de vida de estos pacientes si se utilizan de forma apropiada.

El abordaje del dolor neuropático es crucial para su diagnóstico precoz y la instauración de las terapias adecuadas de forma inmediata. En estos momentos disponemos de un amplio arsenal terapéutico, tanto farmacológico como no farmacológico, que ha supuesto un importante avance en el control del síntoma doloroso y la consiguiente mejora en la calidad de vida.

#### Cefalea

**J. Castillo Obeso**

A pesar de las numerosas actividades formativas desarrolladas desde las sociedades científicas de AP y de que existe una Clasificación Internacional de Cefaleas muy clara y explícita, la cefalea sigue representando un importante reto diagnóstico en el momento actual, para muchos profesionales, impidiendo la aplicación de un tratamiento apropiado con el consiguiente fracaso terapéutico. Estos criterios diagnósticos son fácilmente obtenibles con una entrevista clínica breve complementada con una exploración sencilla al alcance de cualquier médico. El conocimiento de estos criterios diagnósticos, y los criterios de sospecha de cefalea secundaria, se hacen por tanto imprescindibles, siendo nuestro objetivo conseguir que los mismos sean bien conocidos por todos los asistentes. Ello nos permitirá discriminar entre una cefalea secundaria urgente, que en la mayoría de los casos deberá ser tratada en el medio hospitalario, y las dos cefaleas primarias más prevalentes, migraña y cefalea tensional en sus formas episódica y crónica con o sin abuso de medicación, de fácil tratamiento en nuestro medio asistencial.

#### Bibliografía

- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2<sup>a</sup> ed. Cephalalgia. 2004;24(suppl 1): 9-160.
- Martínez JM, Calero S, García ML, Tranche S, Castillo J, Perez I. Actitud de los médicos de atención primaria españoles ante la cefalea. Atención Primaria. 2006;38:33-8.
- Morales Asín F. La historia clínica en cefaleas. En: Tratado de Cefaleas. Mateos V, Pareja JA, Pascual J, editores. Madrid: Luzan 5 ediciones; 2009. p. 81-106.
- Pascual J, Sánchez-Escudero A, Castillo J. Necesidades de formación del médico de atención primaria en cefaleas. Neurología. 2010;25(2). En prensa.

#### Enfermedad de Parkinson y trastornos del movimiento

**P.J. Moreno Álvarez**

Actualmente la búsqueda de nuevos fármacos se centra en tres objetivos: a) **fármacos modificadores de la enfermedad** (en fase de investigación, pero que todavía no se pueden aplicar clínicamente); b) **fármacos sustitutivos e inhibidores de la degradación de la Dopa** (actúan sobre síntomas motores y no motores; se han hecho progresos en el desarrollo de la terapia sustitutiva existiendo en la actualidad un arsenal terapéutico capaz de disminuir los problemas que se derivan de la estimulación farmacológica discontinua de los ganglios basales, siendo más selectivos en su mecanismo de acción por lo que aumenta la tolerabilidad reduciendo los efectos secundarios. Destacan la aparición de las fórmulas transdérmicas de rotigotina, el desarrollo de los inhibidores de la monoaminoxidasa-B (MAO-B) rasagilina y selegilina, y su posible efecto neuroprotector; y c) **fármacos coadyuvantes** (neurolépticos atípicos, antimuscarínicos, inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina [ISRS], inhibidores de la fosfodiesterasa, inhibidores de la colinesterasa): que alivian los efectos secundarios de la propia terapia sustitutiva.

Estos fármacos, a pesar de mejorar la calidad de vida y paliar la sintomatología durante varios años, están lejos del concepto de curación con pocos efectos secundarios; son

investigaciones tanto en el campo farmacológico (agonistas serotoninérgicos 5HT<sub>1a</sub>, agonistas sobre receptores glutamatérgicos y GABAérgicos, estimulación de receptores cannabinoides, coenzima Q10, melatonina...) como en el no farmacológico (investigación con células madre). Es importante el conocimiento de las indicaciones de la cirugía ablativa y la estimulación cerebral profunda, como técnicas de control de los síntomas para mejorar la calidad de vida y que ocupan el escalón que deja libre la disminución de la eficacia de la medicación a largo plazo.

#### Bibliografía

- Cudeiro Mazaira FJ. Reeducación funcional en la enfermedad de Parkinson; Barcelona: Elsevier España S.L., 2008.
- Dauer W. Neurotrophic factors and Parkinson's disease: The emergence of a new player? *Sci-STKE*. 2007;411-60.
- De Michelli F. Enfermedad de Parkinson y trastornos relacionados. 2.ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2006.
- Lees AJ, Katzschlager R, Head J, Ben-Shlomo I. Ten-year follow-up of three different initial treatments in de-novo PD: a randomized trial. *Neurology*. 2001;57:1687-94.
- Tolosa E, Katzschlager R. Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Parkinson. En: Tolosa E, Jankovic J, editores. *Enfermedad de Parkinson y trastornos del movimiento*. Barcelona: Wolters Kluber; 2007. p. 110-45.

#### Dolor neuropático

##### A. Plana Blanco

El dolor es una percepción desagradable vivida como evaluación cognitiva.

El dolor neuropático es un síntoma neurológico debido a una disfunción en el sistema somatosensorial por lo que el tratamiento debe estar orientado a partir de su fisiopatología. Se incluyen la neuropatía diabética, la neuralgia post-terapéutica, las algias faciales atípicas (trigeminal) y las radiculopatías (cervicales y lumbares).

El dolor neuropático, como síndrome doloroso complejo, dispone de un amplio arsenal terapéutico, tanto farmacológico (analgésicos, antidepresivos tricíclicos, antidepresivos ISRS y duales -IRSN-, antiepilépticos, anestésicos locales, opiáceos, clonidina, tratamientos tópicos) como no farmacológicos (fisioterapia, neuroestimulación eléctrica transcutánea -TENS-, estimulación medular, bloqueos nerviosos, técnicas neuroquirúrgicas e incluso acupuntura).

Su abordaje desde Atención Primaria (AP) es crucial para su diagnóstico precoz y la instauración de las terapias adecuadas de forma inmediata.

#### Bibliografía

- Goodyear-Smith F, Halliwell J. Anticonvulsants for neuropathic pain: gaps in the evidence. *Clin J Pain*. 2009;25(6):528-36.
- Gutiérrez Rivas E, Pardo Fernández J, Montero Homs J, Navarro C. Tratamiento del dolor neuropático en las consultas de neurología: Estudio PREVADOL. *Revista de Neurología*. 2006;48(28):451-4.
- Montero Homs J. Dolor nociceptivo, dolor neuropático y memoria de dolor. *Revista de Neurología*. 2009;24(6):419-22.
- Pérez C, Saldaña MT, Navarro A, Vilardaga I, Rejas J. Prevalence and characterization of neuropathic pain in a primary-care setting in Spain: a cross-sectional, multicentre, observational study. *Clin Drug Invest*. 2009;29(7):441-50.
- Vedula SS, Bero L, Scherer RW, Dickersin K. Outcome reporting in industry-sponsored trials of gabapentin for off-label use. *N Engl J Med*. 2009;361(20):1963-71.

#### MESA 2

### Toma de decisiones compartida con los pacientes

Viernes, 18 de junio / 12.00-13.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 1 / Auditorio 1A

#### Presentador:

Pablo Alonso Coello

*Centro Cochrane Iberoamericano. Hospital de Sant Pau, Barcelona.*

#### Ponente y contenido:

1. Toma de decisiones compartidas y la medicina basada en la evidencia

Victor Montori

*Endocrinólogo. Director del programa de investigación en prestación de salud. KER Unit. Clínica Mayo, Rochester, Minnesota (EEUU).*

#### Introducción

Esta Mesa tiene como objetivo desarrollar qué función tienen las herramientas de toma de decisiones compartidas en la aplicación de la medicina basada en evidencia. Así mismo, también explorará qué motiva el uso de dichas herramientas en la práctica clínica dependiendo de los objetivos que se persigan, ya sean sanitarios, éticos, económicos o legales. Finalmente se expondrán los ejemplos que existen de la investigación en torno a estas herramientas de toma de decisiones incluyendo resultados sobre pacientes con diabetes, enfermedad coronaria u osteoporosis.

#### Toma de decisiones compartidas y la medicina basada en la evidencia

V. Montori

La medicina basada en la evidencia (MBE) requiere el uso de experticia en la aplicación juiciosa de toda la evidencia científica pertinente a la circunstancia del paciente, teniendo en cuenta los valores y preferencias que éste tiene con respecto a los objetivos y tácticas del tratamiento<sup>1</sup>. La MBE entonces requiere la revisión sistemática de la evidencia con atención a sus deficiencias metodológicas, la obtención de estimaciones cuantitativas acerca de los riesgos y beneficios de cada opción terapéutica, y la deliberación, con el paciente, para escoger el camino más apropiado.

Este último aspecto es importante dado que existe evidencia con muchas limitaciones por cierto que sugiere que los valores y preferencias de los pacientes difieren de manera importante de las del médico<sup>2</sup>. Además hay modelos de relación médico-paciente que al ser paternalistas ofrecen una menor probabilidad de incorporar los valores y preferencias del paciente en las decisiones clínicas, y por lo tanto son incompatibles con la MBE. Esto tiene connotaciones éticas negativas, como que un paciente se exponga a un tratamiento que realmente no desea. Además, tiene connotaciones negativas en términos de la calidad de atención de salud, de la seguridad y eficacia de las intervenciones terapéuticas, y de problemas legales y de relación médico-paciente. Otros modelos de relación, como la toma de decisiones compartidas, requieren la participación activa del paciente y del médico en la transferencia bidireccional de información, en la deliberación conjunta, y en la toma de decisiones por consenso<sup>3</sup>. Este modelo idealizado está más desarrollado para decisiones únicas sobre exámenes o terapias, con menos avances en pacientes crónicos<sup>4</sup>.

Para incorporar los valores y preferencias de los pacientes en la toma de decisiones es necesario establecer una relación médico-paciente abierta, tener información a mano que sea útil para la toma de decisiones, disponer de tiempo para discutir las opciones disponibles, que el paciente esté interesado y tenga la habilidad necesaria para participar, y que el médico esté dispuesto a implementar las opciones disponibles. Para facilitar este proceso, son útiles las tecnologías de apoyo para las tomas de decisiones<sup>5</sup>.

Nuestro grupo ha desarrollado unos *decision aids* para pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes y la osteoporosis<sup>6,7</sup>. El propósito de estas tecnologías es la de crear conversaciones médico-paciente que no ocurren de manera espontánea en la práctica clínica. Estas conversaciones tienen como objetivo compartir información sobre las opciones existentes y promover la participación del paciente informado «en la medida que el paciente desee» en la deliberación y toma de decisiones<sup>7</sup>. Estas herramientas han sido diseñadas con participación activa de médicos y pacientes, y tienen como característica que son incompletas, sencillas, requieren poco entrenamiento para su uso, y tienen bajo costo de implementación.

Nuestro grupo ha tenido la oportunidad de evaluar la eficacia de estas herramientas en la práctica clínica de Atención Primaria (AP) en estudios aleatorios, demostrando que estas herramientas transfieren eficazmente información al paciente, y mejoran la participación de éste en la toma de decisiones, pero no hemos generado evidencia convincente de que estas herramientas tengan otros efectos prácticos, como mejorar la adherencia a los tratamientos<sup>8-10</sup>.

Estamos ahora evaluando el uso de estas herramientas en otros espacios, por ejemplo al final de la hospitalización por infarto agudo de miocardio y durante la evaluación por dolor de pecho en los servicios de urgencias. También estamos evaluando su utilidad en clínicas ambulatorias de AP rurales, comparándolas con la implementación de guías prácticas. Aún hay mucho trabajo pendiente para establecer el mejor diseño de estas herramientas, su utilidad real, los requisitos para su uso, y que debe justificar su implementación en la práctica, más allá de las justificaciones éticas.

#### Referencias bibliográficas

- Montori V, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine. *JAMA*. 2008;300:1814-6.
- Devereaux PJ, Anderson DR, Gardner MJ, Putnam W, Flowerdew GJ, Brownell BF, et al. Differences between perspectives of physicians and patients on anticoagulation in patients with atrial fibrillation: observational study. *BMJ*. 2001;323:1218-22.
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*. 1997;44:681-92.
- Montori V, Gafni A, Charles C. A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: the case of diabetes. *Health Expectations*. 2006;8. (En prensa).
- O'Connor AM, Bennett C, Stacey D, Barry MJ, Col NF, Eden KB, et al. Do patient decision aids meet effectiveness criteria of the international patient decision aid standards collaboration? A systematic review and meta-analysis. *Med Decis Making*. 2007;27:554-74.
- Breslin M, Mullan RJ, Montori V. The design of a decision aid about diabetes medications for use during the consultation with patients with type 2 diabetes. *Patient Educ Couns*. 2008;73:465-72.
- Montori V, Breslin M, Maleska M, Weymiller AJ. Creating a conversation: insights from the development of a decision aid. *PLoS Med*. 2007;4:e233.
- Mullan RJ, Montori VM, Shah ND, Christianson TJ, Bryant SC, Guyatt GH, et al. The diabetes mellitus medication choice decision aid: a randomized trial. *Arch Intern Med*. 2009;169:1560-8.
- Weymiller AJ, Montori VM, Jones LA, Gafni A, Guyatt GH, Bryant SC, et al. Helping patients with type 2 diabetes mellitus make treatment decisions: statin choice randomized trial. *Arch Intern Med*. 2007;167:1076-82.
- Pencille LJ, Campbell ME, Van Houten HK, Shah ND, Mullan RJ, Swiglo BA, et al. Protocol for the Osteoporosis Choice trial. A pilot randomized trial of a decision aid in primary care practice. *Trials*. 2009;10:113.

### MESA 3

## Enfermedades raras: médicos de familia en primera línea

Viernes, 18 de junio / 10.30-11.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 1 / Auditorio 1A

#### Moderador:

**Jesús Esteban Pellón**

*Médico de familia. Colaborador Docente de la UD del GAP Santander-Laredo. Coordinador Autonómico del Programa del Grupo Comunicación y Salud de la semFYC.*

#### Ponentes y contenido:

1. Mejorando en el día a día: nuevo protocolo de atención a pacientes con enfermedades raras para la consulta de Atención Primaria

**Miguel García Ribes**

*Médico de familia. Colaborador Docente de la UD del GAP Santander-Laredo. Coordinador del GdT Genética Clínica y Enfermedades Raras de la semFYC.*

2. «¡Necesito consejo!» Herramientas de asesoramiento genético para médicos de familia

**Conrado Martínez Cadenas**

*Genetista clínico. IVGEN-Grupo Sistemas Genómicos.*

#### Introducción

La aprobación de la estrategia del Sistema Nacional de Salud (SNS) sobre enfermedades raras a lo largo del pasado año ha supuesto un paso de gigante para la visibilidad de estos pacientes y su familias. En esta estrategia, aparece de forma expresa la figura del médico de familia como coordinador de la atención de este colectivo, por lo que es fundamental conocer en profundidad sus principales demandas, así como las herramientas de las que disponemos para mejorar su atención. En esta Actualización presentamos un protocolo diseñado por el grupo de trabajo de la semFYC de Genética Clínica y Enfermedades Raras en colaboración con varios organismos y asociaciones de reconocido prestigio en este campo, que recoge de forma estructurada todo lo que un médico de cabecera debería de hacer con sus pacientes diagnosticados de alguna enfermedad rara, integrándolo en la rutina habitual del día a día en su consulta y haciendo uso de las nuevas tecnologías. Por otra parte, presentamos también un conjunto de herramientas para que los médicos de familia puedan asesorar a los pacientes con enfermedades raras en una de sus demandas habituales, el consejo genético. Sin duda, dos territorios poco explorados por el médico de familia, pero que necesitan de una puesta al día, dada su creciente importancia en los últimos y próximos años.

Mejorando en el día a día: nuevo protocolo de atención a pacientes con enfermedades raras para la consulta de Atención Primaria  
M. García Ribes

El Grupo de Trabajo semFYC sobre Genética Clínica y Enfermedades Raras ha desarrollado un protocolo de manejo en la consulta de AP de los pacientes que sean diagnosticados de alguna enfermedad rara. Este protocolo es pionero a nivel europeo en lo que respecta a la atención a los pacientes afectados por estas patologías y sus familias. También podría denominarse decálogo, ya que son 10 los pasos básicos que debe dar el médico de cabecera cuando uno de sus pacientes es diagnosticado de una ER. Este decálogo va dirigido a médicos de familia y pediatras de AP.

En este protocolo ha colaborado el Instituto de Investigación de ER (IIER), Instituto de Salud Carlos III, MICINN, y el Centro de Referencia Estatal en Enfermedades Raras (CREER), IMSERSO, MSPS. El tercer colaborador ha sido la Federación Española de ER (FEDER), fundamental en la difusión de la iniciativa entre sus socios, de manera que colaboren con los médicos de AP mostrando su interés en que éstos desarrollen la actividad que se propone desde semFYC (solicitud de entrada en el registro; tarjeta de urgencias; información asociada, etc.). El simple hecho de que un paciente pregunte a su médico por unos de estos aspectos supone un gran impulso y recuerdo para el desarrollo de aquellas partes del decálogo que sean viables para ese paciente concreto.

Partimos de la idea de incluir en la portada de la web semFYC un enlace de fácil reconocimiento al protocolo para que cuando llegue a la consulta del médico de familia un paciente con un diagnóstico de una ER, o de una patología que el médico sospeche que pueda serlo, consulte la web de la semFYC y comience a desarrollarlo. Al abrir la página web, aparecerán los encabezados del protocolo con los distintos puntos del decálogo:

**1. Identificar la ER e introducirla como diagnóstico en el programa informático que utilice habitualmente para gestionar las historias clínicas:**

Conduciría a una página web con una aplicación informática tipo buscador que, usando el listado de ER que ha desarrollado el IIER, nos permitiera buscar mediante palabras o grupos de letras si el diagnóstico del paciente se corresponde con una enfermedad rara.

Si se confirma, introduciría el diagnóstico del paciente en su historia clínica informatizada y seguiría con el protocolo.

En los casos de que se trate de un paciente con sospecha de ER, pero sin un diagnóstico concreto (algo frecuente debido al retraso diagnóstico que se detecta en las ER), se comunicaría al IIER para poder incorporar a dicho paciente al programa de ER sin diagnósticos. Obviamente, el mejor paso sería la entrada en el registro con un informe describiendo los síntomas, las exploraciones realizadas y las sospechas clínicas y el consentimiento.

**2. Informar al paciente de la existencia del registro del IIER e invitarle a participar en él:**

Conduciría a una página web donde se informaría acerca de registro del IIER, ofreciendo varias alternativas para registrar al paciente:

- a) Bajarse el «Kit de Registro» desde la página web de semFYC o del IIER. El kit contiene todos los documentos con la información necesaria para que el paciente se registre personalmente si tiene una conexión a internet

disponible. El «Kit de Registro» está constituido por el consentimiento informado, la hoja de solicitud de datos personales del paciente y la explicación sobre adónde enviarlo y la obligatoriedad de que toda la documentación se acompañe de un informe médico en el que conste el diagnóstico de la ER. Este kit podría estar disponible en el PC del médico, o bien en copia de papel para no tener que perder tiempo buscándolo en la web o imprimiéndolo durante la consulta del paciente.

- b) El médico de familia podría, también, entregar la hoja de registro rápido que facilita el IIER con la que el paciente puede registrarse por correo dando un conjunto mínimo de datos que más adelante pueden ampliarse.
- c) Citar al paciente como programado y registrarlo durante la consulta programada entrando desde un enlace (*link*) en la página del registro en la web del IIER. El registro del IIER tiene una opción para que sea el médico quien inscriba al paciente, lo que no evita el envío del consentimiento informado ni el informe clínico que garantiza el diagnóstico. Estos documentos también pueden ser subidos a la web del registro previo escaneado, o si forman parte de los documentos electrónicos ya en poder el médico.

**3. Informar al paciente de la existencia del biobanco y ofertarle participar en él:**

El médico de familia podría optar por dos alternativas:

- a) acudir a consultar una página web donde se informaría de las características del biobanco y en la que se pudiera descargar una hoja de consentimiento para el paciente, o
- b) tener ambos documentos en su despacho impresos. Tras la explicación de los objetivos al paciente, se le ofertaría que la analizase y la firmase, si consiente en participar. El médico haría coincidir la obtención de la muestra de sangre para el biobanco con la siguiente analítica del paciente y una vez extraída podría consultar también en esta página el destino y la forma en que habría que trasladar la muestra.

**4. Proporcionar al paciente información acerca de recursos:**

Conduciría a una página web con numerosos enlaces que condujeran a páginas de recursos de varios tipos para que el médico se los suministrara al paciente. Previamente a la consulta, sería conveniente que el médico se hubiera familiarizado con esta información, para buscarla de forma más eficaz y selectiva para cada paciente. Los recursos serían de los tipos siguientes:

- a) Asociativos: FEDER, asociaciones específicas de su patología.
- b) Asistenciales: centros de referencia.
- c) Sociales: CREER.

Para el despliegue de recursos y su accesibilidad mediante la red contaríamos con la ayuda de FEDER y CREER, que han elaborado mapas de recursos asistenciales, listados de asociaciones, etc.

**5. Enviar una carta «tipo» al médico especialista que coordina el seguimiento del paciente en el ámbito hospitalario:**

Conduciría a una página web donde podría descargarse la carta «tipo» para imprimirla o enviarla por correo electrónico al especialista en cuestión. En ella manifestaríamos nuestra disponibilidad e interés particular en ayudar a la coordinación de este paciente, para lo cual necesitaríamos estar regularmente informados de su evolución y tener unas buenas vías de comunicación con los especialistas: saber quiénes son y cómo contactar con ellos por teléfono o correo electrónico.



#### 6. Preguntar al paciente por sus necesidades básicas:

Conduciría a una página web donde aparecerían distintos tipos de encuestas diseñadas para evaluar las necesidades del paciente según su patología, así como su calidad de vida. La anamnesis dirigida, por supuesto, también es importante en este punto. Para los médicos con poca experiencia, siempre es bueno partir de modelos estructurados. FEDER y el resto de asociaciones disponen de cuestionarios adaptados a numerosos grupos de patologías raras.

#### 7. Buscar casos similares en la familia del paciente realizando un árbol genealógico:

Conduciría a una página web, donde aparecería la información necesaria para hacer un árbol genealógico básico de tres generaciones. Muchas de las aplicaciones que se emplean para gestionar las historias clínicas disponen de rutinas para realizar estos árboles y dejar constancia en las historias.

#### 8. Entregar, si procede, al paciente una «Tarjeta de Urgencias»:

Conduciría a una página web donde aparecerían «colgadas», las distintas «Tarjetas de Urgencias». Se trata de fichas que ORPHANET ha colgado en su web y que sirven para que determinados pacientes con determinadas patologías entreguen al personal sanitario cuando entran en un servicio de urgencias, ya que indican situaciones particulares, medicación adecuada/inadecuada, actitud ante una emergencia, en pacientes con dicha enfermedad.

#### 9. Organizar el calendario de visitas con el paciente:

Sería recomendable que el paciente acudiera a su médico de cabecera, siempre que acuda al especialista y, como mínimo, una vez al año para «repasar» los puntos de este «decálogo», introducir la nueva información clínica en la historia, y reevaluar necesidades.

#### 10. Informar al equipo de Atención Primaria (EAP) de las necesidades especiales del paciente y coordinar una estrategia específica centrada en él:

Fuera de la consulta, el médico de cabecera debería reunirse con los profesionales del EAP implicados en las necesidades del paciente (v. el punto 6), para coordinar su atención.

«Necesito consejo!» Herramientas de asesoramiento genético para médicos de familia

C. Martínez Cadenas

#### ¿Qué es el consejo genético?

La parte clínica-asistencial de la genética clínica está constituida por el consejo o asesoramiento genético, procedimiento diagnóstico, pronóstico y de comunicación con la persona con (o a riesgo de) enfermedad genética y a su familia. Definición de consejo genético: proceso de comunicación que afronta los problemas humanos asociados a la aparición o al riesgo de aparición de una enfermedad genética en una familia.

#### Para qué sirve el consejo genético

1. Comprender los aspectos médicos, el diagnóstico y la probable evolución de la patología.
2. Comprender el mecanismo de herencia de la patología y el riesgo de recurrencia en la pareja y en sus familiares.
3. Comprender las opciones para afrontar el riesgo de recurrencia
4. Elegir el comportamiento que parece más apropiado considerando los objetivos y riesgos de cada familia. Por tanto, se debe actuar en armonía con las decisiones de la familia.

5. Conseguir la mejor adaptación posible a la patología en el familiar afectado, al riesgo de recurrencia en el no-afectado, o bien los dos ámbitos.

Por lo tanto, el asesoramiento genético es un acto médico en toda regla, y no un acto puramente informativo.

En Genética, el genetista clínico y el médico de familia trabajan con familias, y no con individuos aislados.

#### Pacientes para consejo genético y/o test genético

1. Pacientes afectados de una enfermedad genética, o con sospecha de padecerla.
2. Persona con algún familiar con una enfermedad genética conocida o que se saben portadores de dicha enfermedad.
3. Parejas con un bebé o hijo con algún problema físico congénito, sordera, retraso mental o del desarrollo.
4. Parejas con problemas de infertilidad o con dos o más abortos espontáneos.
5. Mujeres embarazadas con feto con alteración cromosómica en cariotipo, anomalía en las ecografías o en los análisis bioquímicos propios del embarazo (remitidas por un ginecólogo).
6. Personas en cuya familia haya tendencia a presentar ciertos tipos de cáncer, sobre todo colon o mama/ovario.

#### Etapas del consejo genético

Las etapas claves en el consejo genético son:

1. Elaboración del árbol genealógico a partir de la información familiar proporcionada por el paciente.
2. Determinar el patrón de herencia y estimar los riesgos de ocurrencia y recurrencia.
3. Proporcionar información adecuada, en lenguaje llano, que facilite la toma de decisiones.
4. Valoración de las opciones diagnósticas y preventivas existentes en la actualidad (importante explicar las limitaciones de las pruebas genéticas).
5. Lo más importante: que estén informados y que hayan comprendido.
6. Consentimiento informado firmado antes de realizar los estudios genéticos.
7. Interpretación práctica de los resultados procedentes de los estudios genéticos.

#### Consultas en el consejo genético

1. Primera visita:
  - Anamnesis, árbol genealógico.
  - Exploración física.
  - Valoración del test genético:
    - Sí o no (recomendaciones o criterios internacionales establecidos).
    - Otras pruebas antes (pruebas bioquímicas, por ejemplo).
    - Qué genes analizar, en qué orden, qué mutaciones en el gen (más común en población española, o dependiendo de los síntomas, etc.).
  - Informe con indicaciones o recomendaciones.
2. Test genético (en caso de estar indicado)
3. Segunda visita:
  - Interpretación práctica de los resultados procedentes de los estudios genéticos.
  - Remisión a otros especialistas para seguimiento (si es necesario).

#### Tests genéticos

«Análisis del ADN, del ARN, de los cromosomas, de proteínas o de metabolitos específicos con el objetivo de detectar, con fines clínicos, genotipos, mutaciones, fenotipos o cariotipos correlacionados con enfermedades hereditarias.»

Pero antes del test genético...

...¡el instrumento más importante es la historia familiar!

**¿Por qué tomar el tiempo para escribir una historia genética familiar?**

- La genética humana está revolucionando la práctica de la medicina.
  - OMIM (*On Line Medelian Inheritance In Man*) lista más de 10.000 condiciones hereditarias.
  - Titulares sobre avances en genética salpican las portadas de periódicos y revistas de amplia difusión.
  - Los pacientes van ahora a su médico queriendo saber si necesitan preocuparse sobre una enfermedad genética en su embarazo, en sus hijos o en relación a su propio cuidado de salud.
- ¿Cómo puedes como clínico identificar a individuos en riesgo de padecer enfermedades genéticas? El primer paso es tomar una historia familiar genética, escrita como árbol genealógico.
  - Un árbol genealógico es una representación gráfica de una historia médica-familiar usando símbolos.
  - Un árbol genealógico conciso proporciona tanto datos médicos críticos como información de relación biológica de una ojeada.
  - Las enfermedades genéticas afectan todos los sistemas orgánicos. Por lo tanto, los profesionales de la salud de todas las especialidades necesitan aprender cómo «pensar en términos genéticos».

# Resultados de investigación innovadores en Atención Primaria

## MESA 1

### Presentación de resultados de investigación innovadores en Atención Primaria

Jueves, 17 de junio / 09.30-11.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 2 / Sala 2G-2H

#### Moderadora:

**Francisca Gil Latorre**

*Técnico de salud de la UD de MFyC. Vocal de la sección de investigación de SVMFiC.*

#### Ponentes y contenido:

1. Eficacia de un programa de intervención multifactorial para reducir la incidencia de caídas en los ancianos de la comunidad: proyecto EPICA  
**Victoriano Rodríguez Navarro**

*Médico de familia. CS La Carlota. Distrito Sanitario Guadalquivir. Córdoba.*

2. Evolución del riesgo cardiovascular en la población andaluza (1992-2007): estudio DRECA-2

**Eduardo Mayoral Sánchez**

*Médico de familia. Plan Integral de Diabetes de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud.*

3. Estudio PCAT. Prevención de caídas en los ancianos con la práctica de taichi

**Remedios Martín Álvarez**

*Médico de familia. EAP Vallcarca-Sant Gervasi, Barcelona. Miembro del GdT del anciano frágil del Consorci de Barcelona.*

4. Una aproximación a la valoración económica de la actividad del médico de familia

**Jesús Martín Fernández**

*Médico de familia. UD de MFyC del Área 8, Madrid.*

5. Episodios cardiovasculares en pacientes con insuficiencia renal oculta detectada mediante fórmulas de filtrado glomerular

**Francisco Buitrago Ramírez**

*Médico de familia. CS Universitario La Paz, UD de MFyC, Badajoz.*

Eficacia de un programa de intervención multifactorial para reducir la incidencia de caídas en los ancianos de la comunidad: proyecto EPICA

**V. Rodríguez Navarro, F. Varas-Fabra,**

**L.Á. Pérula de Torres**

Las caídas en los ancianos son un importante problema de salud pública en todo el mundo debido a su frecuencia, la morbimortalidad asociada y al elevado coste en recursos sanitarios que suponen<sup>1</sup>. Su frecuencia se halla directamente relacionada con la edad y el sexo, presentando una prevalencia mayor en el sexo femenino (relación 2/1), aunque

después de los 75 años se iguala en ambos sexos. Aproximadamente, el 30 % de las personas residentes en la comunidad, independientes y autónomas, mayores de 65 años, experimentan una caída una vez al año y, este porcentaje se eleva hasta el 50 % en las mayores de 80 años. Las caídas constituyen el tipo de accidente más frecuente y grave en los ancianos, siendo la primera causa de muerte accidental en mayores de 65 años y la sexta causa de mortalidad global<sup>2</sup>. De las distintas estrategias para reducir la incidencia de caídas en ancianos, las intervenciones multifactoriales son las que han demostrado una mayor eficacia en la prevención de caídas<sup>3,4</sup>.

#### Objetivo

Evaluar la eficacia de un programa de intervención multifactorial, para disminuir la incidencia de caídas en la población de 70 años o más residentes en la comunidad.

#### Material y métodos

**Diseño:** ensayo clínico controlado, multicéntrico, abierto, aleatorizado por cluster (siendo el conglomerado el centro de salud), con dos brazos paralelos (razón 1:2) y de 12 meses de seguimiento (con controles al inicio, 3, 6, 9 y 12 meses).

**Ámbito:** once centros de salud adscritos a la Unidad Docente Provincial de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba (6 urbanos y 5 rurales), los cuales se distribuyeron aleatoriamente a uno de los dos grupos: grupo experimental (GE) o grupo control (GC).

**Sujetos:** mujeres y hombres de 70 años de edad o más, residentes en la comunidad, con deambulación independiente y que otorgasen su consentimiento informado. Criterios de exclusión: enfermos terminales, inmovilizados, enfermedades psiquiátricas graves, cirugía reciente, contraindicación para la realización de ejercicio físico, personas desplazadas o institucionalizadas.

**Muestreo:** 142 pacientes en el GE y 284 en el GC, para lograr una reducción del 15 % en la frecuencia de caídas en el GE y un 5 % en el GC, para un error alfa del 5 %, un error beta del 20 %, una hipótesis bilateral, una razón 1:2, y un porcentaje de pérdidas del 15 %. Muestreo consecutivo con búsqueda oportunista de casos.

**Intervención:** llevada a cabo por el personal del Equipo de Atención Primaria (médico/a de familia, enfermería), bajo la coordinación de un especialista en rehabilitación. El GE recibió un programa con un abordaje multifactorial conformado por actividades grupales (taller de formación con un programa de ejercicio físico para prevenir caídas) e individuales (en consulta y en el domicilio con la valoración de riesgos en los mismos), mientras que el CG recibió un intervención mínima (entrega de un folleto informativo).

**Análisis estadístico:** porcentaje de pérdidas, comparabilidad inicial de los grupos. Prueba de la ji al cuadrado y de la t de Student para comprobar la diferencia de incidencia y el número de caídas entre los grupos ( $p < 0,05$ ); riesgo relativo (RR), riesgo atribuible (RA) y NNT. Control de factores de riesgo y de confusión mediante modelos multivariantes (regresión logística múltiple).

**Resultados principales:** 404 pacientes, 133 en GE y 271 en CG. En la comparabilidad inicial de los grupos no se observaron diferencias en cuanto a la edad, el sexo, el nivel de instrucción, la clase social, la situación familiar, la realización de actividad física de forma habitual ni en la valoración de la marcha y del equilibrio ( $p > 0,05$ ). El 33,1 % de las personas del GE y el 30,2 % del GC se habían caído el año anterior ( $p > 0,05$ ). A los 3 meses tras la intervención, la incidencia de caídas fue del 2,4 % en el GE y del 9,1 % en el

GC (RR = 0,931, IC del 95 % = 0,889 a 0,976;  $p = 0,01$ ). A los 12 meses la incidencia de caídas fue del 17,3 % en el GE y del 23,6 % en el GC (RR = 0,924, IC 95 % = 0,834 a 1,02;  $p = 0,14$ ). A los 12 meses del estudio en el GE el 27,2 % de las caídas se produjeron en el domicilio y el 45,9 % en el GC ( $p = 0,076$ ). En la valoración inicial el miedo a caer fue del 51,1 % en el GE y del 57,9 % en el GC ( $p > 0,05$ ). A los 12 meses, el miedo a caer fue del 44,6 % en el GE y del 60,1 % en el GC ( $p = 0,005$ ). Al final del estudio la puntuación media del test de Tinetti para la marcha fue de 11,10 puntos (DE = 1,51) en el GE y de 10,38 puntos (DE = 2,57) en el GC ( $p = 0,005$ ), y para el equilibrio fue de 14,48 puntos (DE = 1,70) y de 13,71 puntos (DE = 2,95) en el GC ( $p = 0,008$ ).

### Conclusiones

Un programa de intervención multifactorial resulta más eficaz que un consejo breve para reducir el porcentaje y el número de caídas a los 3 meses, aunque esta diferencia no se mantiene a los 12 meses, a pesar de que se observa una menor incidencia con el programa. En el GE se ha observado una reducción del miedo a caer, una mejoría al final del estudio en la valoración de la marcha y del equilibrio, un menor índice de caídas en el domicilio, un menor tiempo de permanencia en el suelo tras la caída, una disminución en la necesidad de atención médica tras la caída y un menor número de consecuencias graves.

### Referencias bibliográficas

1. Tinetti ME, Speechly M. Prevention of falls among the elderly. *N Engl J Med*. 1989;320:1055-60.
2. Varas-Fabra F, Castro E, Pérula de Torres LA, Fernández MJ, Ruiz R, Enciso I. Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. *Aten Primaria*. 2006;38:450-5.
3. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Intervenciones para la prevención de caídas en las personas ancianas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd.
4. Baena JM, Gorroñoitía A, Martín I, Hoyos MC, Luque A, Litiago C, Alba C. Actividades preventivas en mayores. *Aten Primaria*. 2007;39(3):109-22.

### Evolución del riesgo cardiovascular en la población andaluza (1992-2007): estudio DRECA-2

E. Mayoral Sánchez

Las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) constituyen la primera causa de muerte en los países desarrollados. Las tasas de mortalidad por EAC más altas se observan en áreas del sur de España. En Andalucía, la elevada prevalencia de factores de riesgo vascular (FRV) justificaría, en parte, esta situación, a pesar de tener una población menos envejecida que el resto del país. El conocimiento actual de la epidemiología cardiovascular en Andalucía procede fundamentalmente de estudios llevados a cabo al comienzo de la década de 1990, y se limita a los factores de riesgo clásicos. El estudio DRECA-2 intenta dar respuesta, entre otras, a preguntas relacionadas con la situación actual en nuestra comunidad de los factores de riesgo clásicos, en términos de prevalencia, incidencia y evolución temporal, así como la frecuencia de determinados factores de riesgo emergentes y ciertos marcadores genéticos de RCV. Por otra parte, se pretende recabar información sobre el tipo de dieta y valorar el grado de adherencia al patrón mediterráneo. Para ello, se diseña un estudio observacional analítico de cohortes, con una fase transversal anidada. Se parte de la

cohorte del estudio DRECA-1, realizado en el año 1992 en una muestra de 2.721 personas de 5 a 59 años (1.302 hombres y 1.419 mujeres), representativa de la población andaluza en ese momento, que se vuelve a estudiar en el año 2007. Los individuos captados y seguidos forman parte del estudio longitudinal, que permite valorar la incidencia y la tendencia temporal de los FRV en los últimos 15 años. Para el estudio transversal anidado se sustituyen los individuos no captados por otros del mismo sexo, rango de edad y lugar de residencia. En él se analiza la prevalencia de FRV clásicos, emergentes y marcadores genéticos, y el grado de adherencia a la dieta mediterránea.

Mediante entrevista clínica personalizada, exploración física y extracción de muestra sanguínea para analítica, en todos los participantes se miden las siguientes variables: 1) datos de identificación y filiación; 2) tipo de profesión; 3) antecedentes familiares de ECV prematura; 4) antecedentes personales de ECV (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica), y diagnóstico previo de diabetes, hipertensión arterial o dislipemia; 5) hábitos de vida (consumo de tabaco, consumo de alcohol y actividad física en el trabajo y en el tiempo libre); 6) índice de masa corporal; 7) perímetro abdominal; 8) presión arterial sistólica y diastólica; 9) parámetros bioquímicos (creatinina, colesterol total, c-HDL, c-LDL, triglicéridos, ApoA1, ApoB y LpA, homocisteína, PCR<sub>us</sub>, insulínemia basal e índice HOMA); 10) marcadores genéticos de RCV (genotipos de la ApoE, polimorfismos del receptor beta-3-adrenérgico, polimorfismos del gen de la enzima de conversión de la angiotensina [ECA] y mutación del gen MTHFR); 11) encuesta dietética (cuestionario validado de frecuencia de consumo de alimentos en 1 año y encuesta de 14 puntos para valoración del grado de adherencia al modelo de dieta mediterránea, y 12) fallecimiento (fecha y causa).

Se han analizado los datos de los primeros 2.379 individuos estudiados (87,5 % de la muestra total), con edades de 20 a 74 años (media 45 años), 1.254 mujeres (52,7 %) y 1.125 hombres (47,3 %). Esto supone un total de 1.622 personas incluidas en el estudio longitudinal (60 % de la cohorte inicial total), con una media de edad de 45,7 años, 870 mujeres (53,6 %) y 752 hombres (46,4 %). En esta cohorte se han detectado 82 fallecimientos (27 mujeres y 55 hombres), por las siguientes causas: 1) cáncer: 30 (36,6 %); 2) enfermedades del aparato circulatorio (cardiopatía isquémica, ictus, insuficiencia cardíaca): 19 (23,2 %); 3) otras causas: 33 (42,2 %).

La prevalencia actual de los FRV clásicos es elevada, especialmente en los hombres: 1) hipertensión arterial: 30,4 % (M/H: 28/33,1); 2) dislipemia: 43,7 % (37,1/51,1); 3) diabetes: 11,9 % (10/14,1); 4) tabaquismo: 31,6 % (29,1/30,3); 5) obesidad: 29,6 % (29,1/30,3).

Para valorar su evolución en los últimos 15 años, se calculan las prevalencias en el primer y segundo estudio por grupos de edad. Sólo se comparan las obtenidas en la población de 20 a 59 años, único rango de edad con representación en ambos estudios. En este grupo, el perfil global de riesgo cardiovascular no ha empeorado de forma significativa. Se aprecian cambios favorables en la prevalencia de hipertensión y dislipemia en ambos sexos, mientras que la de diabetes no se ha modificado sustancialmente. El tabaquismo ha disminuido en los hombres, pero se ha incrementado en las mujeres de más de 30 años. En cuanto a la prevalencia de sobrepeso y obesidad, no se aprecian cambios significativos en términos globales, aunque se detectan cambios desfavorables en hombres y en las mujeres más jóvenes (menores de 30 años), y claramente favorables en las mujeres de más edad.

El grado de adherencia a la dieta mediterránea es alto en el 68,5 % de los participantes, y se incrementa con la edad. Por otra parte, una mayor adherencia a la dieta mediterránea se asocia con una situación más favorable para algunos factores de riesgo cardiovascular: descenso de la presión arterial, menor índice de masa corporal, menor perímetro abdominal y mejor perfil lipídico.

Estos resultados suponen un avance importante en el conocimiento de la epidemiología cardiovascular en Andalucía, y permitirán plantear estrategias de promoción de la salud y de prevención cardiovascular más eficientes, coherentes y realistas.

Estudio PCAT. Prevención de caídas en los ancianos con la práctica de taichi

R. Martín Álvarez

### Intervención comunitaria para la prevención de caídas en las personas de edad avanzada. Técnica de reeducación del equilibrio (taichi) frente a ejercicio convencional

**Justificación del estudio.** Las caídas en los ancianos representan un problema de salud, siendo uno de los factores de riesgo por los que la persona mayor puede pasar de una condición de normalidad y autonomía a la de dependencia y enfermedad. El ejercicio físico, practicado de forma apropiada, es la mejor herramienta disponible para retrasar y prevenir las consecuencias del envejecimiento y de la pérdida progresiva de funcionalidad. El beneficio del ejercicio en la prevención de las caídas se basa en la práctica de ejercicios de equilibrio y estabilidad, más que de fuerza y resistencia<sup>1,2</sup>.

En la sociedad actual, de los países industrializados, el seguimiento de un programa de ejercicio físico por parte de los ancianos es difícil. Existe la tendencia hacia el sedentarismo y la población de edad avanzada está poco habituada a la práctica deportiva, especialmente el grupo de población femenina.

La Atención Primaria (AP) desarrolla un papel importante en la promoción del envejecimiento saludable, y entre las actividades de educación para la salud debe incluirse un programa de ejercicio destinado a la población de edad avanzada. Las intervenciones comunitarias dirigidas a este grupo de población con el fin de fomentar la práctica de ejercicio físico y prevenir las caídas son reducidas<sup>3</sup>. Para conseguir la máxima colaboración deben resultar atractivas y adecuadas a sus características físicas y al nivel de actividad física previa, para lo que se recomienda la realización en grupo. El taichi es una actividad que se adecua a todas estas características, y ha demostrado la disminución del riesgo de caídas<sup>4,5</sup>. Se trata de una técnica de relajación, de reeducación del equilibrio, y fortalecimiento muscular, que se puede practicar en grupo y que se adecua a las necesidades físicas de la gente mayor, no precisa formación previa y se puede practicar en cualquier entorno<sup>6</sup>.

Las técnicas de reeducación del equilibrio todavía son una práctica poco habitual en nuestro medio<sup>7</sup>, y por ello es oportuno intervenir desde la AP para contrastar el beneficio ya demostrado en otros ámbitos a nivel de calidad de vida y del riesgo de caídas<sup>8</sup>.

**Objetivo.** Determinar la efectividad de la técnica taichi sobre el equilibrio y la fuerza muscular en la población de edad avanzada, así como valorar la influencia sobre el riesgo de caídas.

**Método.** Ensayo clínico comunitario, que incluye 130 pacientes  $\geq 65$  años, independientes para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), sin caídas de repetición. Controlado y aleatorizado con asignación mediante muestreo aleatorio simple en dos grupos:

- Grupo intervención: grupo de entrenamiento específico del equilibrio y fortalecimiento muscular, 2 horas semanales de taichi durante 30 semanas.
- Grupo control: ejercicio convencional. Consejo de refuerzo para el ejercicio, consejo de aumento o consejo de inicio según la situación basal de cada individuo y siguiendo la práctica clínica habitual. Cada 4 semanas, mientras dure el proyecto (30 semanas), se emitirá consejo de refuerzo.

El estudio consta de dos fases: la primera, de intervención, de 30 semanas de duración, y la segunda, de seguimiento, de 24 meses.

**Mediciones.** Variables demográficas, clínicas y biomecánicas. Mediciones del equilibrio estático y en movimiento mediante una plataforma dinamométrica (Balance Master®). Medición de la fuerza del músculo cuádriceps, y valoración funcional de la marcha. Las mediciones biomecánicas se realizan antes-después del programa de ejercicio físico. Incidencia de caídas durante todo el estudio. Valoración de la percepción de calidad de vida mediante la utilización del test genérico Euroqol.

**Análisis.** Según la intención de tratar. Evaluación del riesgo de caídas mediante regresión de Cox, controlando las potenciales variables de confusión e interacción.

**Resultados.** Media de edad 72,1 años (DE 5,7), 65 % mujeres, hábito sedentario 26 %. Prevalencia de caídas 37 % (IC 95 % 29,7-44,1). En la valoración biomecánica: fuerza disminuida en el 65 % (IC 95 % 57,9-73,1), y estabilidad dinámica alterada en el 88 % (IC 95 % 82,3-94,1).

**Postintervención:**

- Grupo control: sin cambios biomecánicos ( $P > 0,05$ ); grupo taichi: mejora de la fuerza (37 frente al 60 %,  $p < 0,01$ ) y equilibrio dinámico (18 frente al 60 %,  $P < 0,001$ ). El grupo taichi frente al grupo control, mejora la fuerza (23 frente al 2 %,  $P < 0,001$ ), y el equilibrio dinámico (38 frente al 18 %,  $P < 0,001$ ).
- Aumento de actividad física en los sedentarios de ambos grupos. Mejora de la percepción de salud (EuroQol-EVA) mayor en el grupo taichi (41 frente al 13 %,  $P < 0,001$ , diferencia de medias 9,2 [IC 95 % 4,7-13,6]). Las dimensiones movilidad y percepción de dolor/malestar mejoran en ambos.

- El taichi reduce el riesgo de caídas, RR ( $P < 0,018$ ), RAR 2,1 (IC 95 % 1,1-3,9), NNT 4.

En la fase de seguimiento.

- En los primeros 12 meses, persiste la reducción del riesgo de caídas en el grupo taichi, RR ( $P < 0,008$ ), RAR 2,3 (IC 95 % 1,2-4,1), NNT 4.
- A los 24 meses, el riesgo de caídas se equipara entre ambos grupos ( $P > 0,05$ , RAR 1,01) con menor incidencia de fracturas en el grupo taichi (3,5 frente al 15 %,  $P = 0,028$ ).

Las pérdidas del estudio, a lo largo de los 3 años, han sido del 18 %.

**Conclusiones.** La población de edad avanzada, a pesar de disfrutar de una buena situación basal (independiente ABVD), sufre el deterioro propio del envejecimiento, que afecta especialmente al equilibrio y a la fuerza muscular en los miembros inferiores. Las técnicas de reeducación del equilibrio (taichi), practicadas de forma regular, han demostrado que mejoran la fuerza y el equilibrio, disminuyen el riesgo de caídas y ayudan a mejorar la percepción de salud. El beneficio de la práctica de taichi se mantiene a corto plazo.

Las intervenciones basadas en consejos sobre la práctica de actividad física, realizadas de forma regular, aumentan la actividad física y se asocian a la mejora en la percepción de la salud. Sin embargo, no reducen el riesgo de caídas a corto plazo.

La tendencia al sedentarismo en la población de edad avanzada es un gran reto en la AP, y obliga a utilizar nuevas herramientas de motivación que faciliten el cambio de hábitos respecto al ejercicio. Su situación privilegiada permite promover e innovar en actividades comunitarias.

### Referencias bibliográficas

1. Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttrop MJ, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*. 2004;328:680-6.
2. Clemson L, Cumming R, Kendig H, Swann M, Heard R, Taylor K. The effectiveness of a community based program for reducing the incidence of falls in the elderly: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(9):1487-94.
3. Banez C, Tully S, Amaral L, Kwan D, Kung A, Mak K. Development, implementation and evaluation of an interprofessional falls prevention program for older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(8):1549-55.
4. Pages Bolibar E, Climent Barbera JM, Iborra Urios J, Rodriguez-Piñero Duran M, Peña Arrebola. Tai-Chi, caídas y osteoporosis. *Rehabilitación (Madrid)*. 2005;39(5):230-45.
5. Harmer PA, Li F. Tai Chi and falls prevention in older. *Med Sport Sci*. 2008;52:124-34.
6. Li F, Harmer P, Mack KA, Sleet D, Fisher KJ, Kohn Ma. Translation of an effective tai chi intervention into a community-based falls prevention program. *Am J Public Health*. 2008;98(7):1195-8.
7. Gillespie LD, Gillespie WJ, Cumming R, Lamb SE, Rowe BH. Interventions for preventing falls in the elderly. En: *Cochrane Library*. Issue 1. Oxford: update Software, 2005.
8. Howe TE, Rochester L, Jackson A, Banks PM, Blair VA. Exercise for improving balance in older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Oct 17;(4):CD004963. review.

### Una aproximación a la valoración económica de la actividad del médico de familia

J. Martín Fernández, T. Gómez Gascón, I. del Cura González, J. Oliva Moreno, J. Domínguez Bidagor, M. Beamud Lagos, Fco. J. Pérez Rivas, J. Conde López, G. Rodríguez Martínez.

NOTA: Este proyecto ha sido financiado por el FIS, expediente 070514, Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica e Instituto de Salud Carlos III.

### Introducción

La planificación de la prestación de los servicios sanitarios debe tener en cuenta muchos factores, entre ellos la percepción que tiene el usuario del valor de esos servicios. Pero, ¿es posible saber el valor económico atribuido por el usuario a un bien que no presenta valor de mercado? Existen metodologías, como la valoración contingente (VC), que permiten establecer este valor. Para ello, hacen explícita la máxima cantidad que un sujeto está dispuesto a pagar (DAP) por ese bien o la mínima cantidad económica con que debería ser compensado (DAC), para dejar de disfrutarlo<sup>1</sup>. El objetivo de este trabajo fue identificar el valor económico atribuido por el usuario de la consulta del médico de familia en el sistema público de salud al servicio recibido, mediante la DAP y la DAC, y evaluar la relación entre estas dos medidas, bajo diferentes marcos teóricos.

### Métodos

Estudio transversal, con la metodología de la VC. Se entrevistó a 451 sujetos que acababan de asistir a una consulta de medicina de familia. Estos fueron seleccionados de

manera aleatoria en 6 centros de salud (4 urbanos y 2 rurales) en la Comunidad de Madrid. Se preguntaba por la DAP y la DAC utilizando un formato para la respuesta de carta de pago.

Posteriormente, se recogieron una serie de características del sujeto entre las que se incluían la edad, el sexo, y el lugar de nacimiento, características relacionadas con la necesidad en salud, la percepción de la calidad de vida, la accesibilidad al servicio, la existencia de otros tipos de aseguramiento, la percepción del riesgo, la relación con el profesional que le había atendido (cuestionario PDRQ-9), la situación socioeconómica y la renta familiar ajustada. Para valorar la situación socioeconómica, se preguntó por el máximo nivel de estudios completado, por la ocupación (clasificada en grupos sociales), y por la situación laboral actual.

Se estudió la validez teórica de la DAP analizando su relación con la necesidad, la satisfacción, la tolerancia al riesgo, la posición socioeconómica y la renta media según el marco conceptual de la teoría del bienestar<sup>2</sup>. Con este fin se formuló un modelo probit. La DAP se categorizó en cuatro grupos: DAP > 40 euros, DAP media-alta 21-40 euros, DAP media-baja 10-20, y DAP baja < 10 euros. Posteriormente, se estudió la capacidad explicativa de diferentes características del paciente respecto a la ratio DAC/DAP.

### Resultados

Un total de 34 pacientes (7,5 %) expresaron una DAP igual a 0 y 17 (3,8 %) una DAC igual a 0. Hubo 404 sujetos (89,6 %) que expresaron una DAP y una DAC > 0. En estos 404 sujetos, la DAP presentó una mediana de 18,0 €, (rango intercuartil 8,0-28,0 €; media 21,3, IC 95 %: 19,6-23,0 €). La mediana de la DAC fue de 35,5 € (rango intercuartil 18,0-45,5 €; media 37,2 €, IC 95 %: 35,1-39,4 €). Los sujetos que expresaron respuestas 0 tenían una media de edad moderadamente más alta (62,4 frente al 56,7 años,  $p = 0,010$ ), más enfermedades crónicas (3,3 frente a 2,6 por persona,  $p = 0,026$ ), y un nivel más bajo de estudios (17,7 frente al 8,5 % de analfabetos o estudios primarios,  $p = 0,008$ ). No había diferencias de género, origen, calidad de vida, accesibilidad al servicio, conductas de riesgo, grupo social o renta familiar.

Respecto a la DAP expresada, los pacientes mayores de 65 años (respecto a los menores de 50) presentan una probabilidad 18,2 puntos porcentuales superior de expresar una DAP en el rango inferior. Las mujeres tienden a expresar una DAP inferior a los hombres ( $p < 0,10$ ). Tener diagnóstico de enfermedad crónica supone una probabilidad 5,0 puntos superior de expresar una DAP en el rango más alto y 13,9 puntos inferior de estar en el rango más bajo. Por cada punto que aumenta la satisfacción en la escala del PDRQ-9 la probabilidad de expresar una DAP < 10 € decae 7,0 puntos. Las personas sin estudios muestran una DAP en el rango inferior (< 10 €) con una probabilidad del 22,2 % superior a aquellos con estudios secundarios. No hay diferencias entre los que tienen estudios superiores y secundarios.

La renta familiar ajustada se asocia positivamente con la DAP. Hay un umbral en el rango de los 1.000 € por encima del cual se manifiesta una tendencia a expresar una mayor DAP.

Para la ratio DAC/DAP, la mediana valía 1,55 con un rango intercuartil de 1,00 a 3,08. La media de la relación DAC/DAP valía 3,30 (IC 95 %: 2,84-3,75).

Los trabajadores manuales no cualificados presentan una ratio DAC/DAP, de media, 0,46 puntos mayor que los trabajadores del grupo I (directivos, profesiones liberales).

Por cada década que aumenta la edad, la ratio DAC/DAP aumenta 0,17 puntos.

Vivir en áreas con rentas medias en el tercil inferior de la distribución de la Comunidad de Madrid aumenta la ratio DAC/DAP en 0,33 puntos. Por cada 1.000 € que se incrementa la renta familiar, la ratio DAC/DAP disminuye 0,12 puntos. El diagnóstico de enfermedad crónica disminuye esta ratio en 0,16 puntos ( $p = 0,060$ ).

### Conclusiones

El usuario del sistema público de salud tiene una clara percepción del valor económico del servicio recibido por el médico de familia, a pesar de que no existe coste directo en el momento de uso. Esa atribución de valor ronda el 2 % de los ingresos familiares disponibles (ajustados), y de acuerdo con la teoría económica, presentan una mayor disposición a pagar (DAP) aquellos sujetos con más necesidad en salud, quienes tienen más recursos económicos y los más satisfechos con el servicio. Este valor ofrecido está cercano a lo facturado por diferentes servicios de salud por este servicio. Queda en entredicho el apriorismo de que el servicio que no se paga en el momento de uso queda «desvalorizado».

Como era de esperar, la percepción de valor es mayor desde la perspectiva de la disposición a ser compensado (DAC) que desde la disposición a pagar (DAP). Esto puede explicarse desde varios marcos teóricos, ya sean económicos o psicológicos<sup>3</sup>. En el marco de la «teoría prospectiva»<sup>4</sup>, que explica las diferencias DAC/DAP como una «resistencia a la pérdida», el perfil de usuarios más resistentes a prescindir del servicio en su formato habitual sería el de una persona mayor, con trabajo menos especializado, que vive en áreas menos favorecidas o con menos recursos.

### Referencias bibliográficas

1. Borghi J. Aggregation rules for cost-benefit analysis: a health economics perspective. *Health Econ.* 2008;17:863-75.
2. O'Brien B, Gafni A. When do the "dollars" make sense? Toward a conceptual framework for contingent valuation studies in health care. *Med Decis Making.* 1996;16:288-99.
3. Horowitz JK, McConnell KE. A Review of WTA / WTP Studies. *Journal of Environmental Economics and Management.* 2002;44:426-47.
4. Tversky A, Kahneman D. Advances in Prospect Theory: Cumulative Representation of Uncertainty. *Journal of Risk and Uncertainty.* 1992;5:297-323.

### Episodios cardiovasculares en pacientes con insuficiencia renal oculta detectada mediante fórmulas de filtrado glomerular

F. Buítrago Ramírez, J.I. Calvo Hueros

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye uno de los principales problemas de salud pública, tanto por su elevada prevalencia<sup>1-4</sup> como por su importante morbilidad cardiovascular y los costes sociales y económicos que conlleva<sup>5</sup>. Se estima, además, que el envejecimiento progresivo de la población y el aumento de la prevalencia de procesos como la diabetes y la hipertensión arterial podrían duplicar la incidencia de la ERC en las próximas décadas<sup>1,5,6</sup>. En la actualidad, se aceptan cinco estadios en la ERC<sup>7,8</sup>, aplicándose el término de insuficiencia renal (IR) cuando el filtrado glomerular (FG) estimado es inferior a 60 ml/min (pacientes con ERC en estadios 3-5)<sup>9</sup>. Las complicaciones cardiovasculares son la principal causa de muerte en los pacientes con ERC y se recomienda que sean considerados como un grupo de alto riesgo cardiovascular. Esta asunción implica un abordaje precoz, agresivo y multifactorial de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) para intentar reducir la elevada morbimor-

talidad que sufren<sup>10</sup>. También se ha demostrado que la IR se comporta como un factor de riesgo cardiovascular independiente y este hecho es evidente desde las fases iniciales de la ERC<sup>11-13</sup>. En el último informe del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of high Blood Pressure (JNC) se incluye por primera vez la IR como un factor mayor de riesgo cardiovascular, considerando que los pacientes que la presentan son tributarios de medidas de prevención secundaria cardiovascular<sup>14</sup>.

La detección precoz de los pacientes con ERC es una de las medidas propuestas por las Sociedades Españolas de Nefrología (SEN) y de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) y por otras instituciones en la lucha contra la anunciada epidemia de insuficiencia renal<sup>5,9,16</sup>. A los médicos y equipos de atención primaria (EAP) nos compete una importante responsabilidad en las tareas de identificación precoz de los pacientes con ERC y en la optimización de su tratamiento en fases iniciales, a fin de disminuir el riesgo de progresión de esta enfermedad y su morbilidad cardiovascular asociada. Aunque la determinación de creatinina plasmática sea el método habitual más universal para valorar la función renal, es bien conocido que su relación con el FG es pobre, precisándose grandes pérdidas de aclaramiento (superiores al 50 %) para detectar mínimos incrementos de sus valores plasmáticos<sup>17</sup>. De hecho, un incremento de la creatinina por encima de los valores considerados normales suele corresponderse con descensos ya importantes del funcionalismo renal, especialmente en mujeres de edad avanzada y en individuos con poca masa muscular. Esta limitación puede solucionarse con la determinación del aclaramiento de creatinina en orina de 24 horas. Sin embargo, este método, además de sobrestimar el FG auténtico, precisa de una correcta recogida de orina, lo que introduce serios inconvenientes para una utilización sistemática en las consultas de asistencia primaria. Por estos motivos, las guías de práctica clínica K-DOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative)<sup>7</sup> y la SEN<sup>18</sup> recomiendan el uso de ecuaciones predictivas para la estimación del FG. Entre estas ecuaciones destacan las de Cockcroft-Gault<sup>19</sup> y las MDRD (derivadas del estudio Modification of Diet in Renal Disease)<sup>20</sup>. Esta última ecuación tiene la ventaja de que no precisa del peso del paciente y la mayoría de las comparaciones son favorables a ella, aunque continúa existiendo controversia y estudios con resultados opuestos<sup>21</sup>.

El proyecto que describimos incluyó como primer objetivo valorar la relación entre morbimortalidad cardiovascular y presencia de insuficiencia renal oculta en pacientes de 35-74 años de edad, seguidos durante 10 años en un centro de salud. Los resultados sugieren que, en pacientes de estas edades, existe una alta prevalencia de insuficiencia renal oculta, pero esta entidad no se comporta como un predictor independiente de episodios cardiovasculares.

### Referencias bibliográficas

1. De Francisco ALM, Otero A. Epidemiología de la enfermedad renal crónica en España. *Nefrología.* 2003;23:475-7.
2. Otero A, Abelleira A, Gayoso P. Enfermedad renal crónica oculta y factores de riesgo vascular asociados. Estudio epidemiológico. *Nefrología.* 2005;25:275-86.
3. Otero A, Gayoso P, García F, De Francisco ALM. Epidemiology of chronic renal disease in the Galician population: results of the pilot Spanish EPIRCE study. *Kidney Int.* 2005;Supl 99:16-9.
4. Simal F, Martín JC, Bellido J, Arzúa D, Mena FJ, González I, et al. Prevalencia de la enfermedad renal crónica leve y moderada en población general. Estudio Hortega. *Nefrología.* 2004;24:329-37.

5. Alcazar R, De Francisco ALM. Acción estratégica de la SEN frente a la enfermedad renal. *Nefrología*. 2006;26:1-4.
6. Verhave JC, Fesler P, Ribstein J, Du Cailar G, Mimran A. Estimation of renal function in subjects with normal serum creatinine levels: influence of age and body mass index. *Am J Kidney Dis*. 2005;46:233-41.
7. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. *Am J Kidney Dis*. 2002;39 (Suppl 1):S1-S266.
8. Levey AS, Coresh J, Balk E, Kausz AT, Levin A, Steffes MW, et al. National Kidney Foundation Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. *Ann Intern Med*. 2003;139:137-47.
9. Marín R, Goicochea MA, Gorostidi M, Cases A, Díez J, Escolar G, et al. Guía de la Sociedad Española de Nefrología sobre riñón y enfermedad cardiovascular. Versión abreviada. *Nefrología*. 2006;26:31-44.
10. Cases A, Vera M, López-Gómez JM. Riesgo cardiovascular en pacientes con insuficiencia renal crónica. Pacientes en tratamiento sustitutivo renal. *Nefrología*. 2002;(supl 1): 68-74.
11. Mann JF, Gerstein HC, Pogue J, Bosch J, Yusuf S. Renal insufficiency as a predictor of cardiovascular outcomes and the impact of ramipril: the HOPE randomized trial. *Ann Intern Med*. 2001;134:629-36.
12. Henry RM, Kostense PJ, Bos G, Dekker JM, Nijpels G, Heine RJ, et al. Mild renal insufficiency is associated with increased cardiovascular mortality: the HOORN study. *Kidney Int*. 2002;62:1402-7.
13. Calvo JI, Cañón L, Gómez C, Martín MV, Espigares M, Buitrago F. Riesgo cardiovascular en pacientes con insuficiencia renal. *Med Clín (Barc)*. 2008;131:41-6.
14. Chobanian A, Bakris GL, Black HR, Cushman W, Green LA, Izzo JL, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The 7 JNC. *JAMA*. 2003;289: 2560-72.
15. Mendelssohn DC. Coping with the CDK epidemic: the promise of multidisciplinary team-based care. *Nephrol Dial Transplant*. 2005;20:10-2.
16. De Francisco ALM, Aguilera L, Fuster V. Enfermedad cardiovascular, enfermedad renal y otras enfermedades crónicas. Es necesaria una intervención más temprana en la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2009;29:6-9.
17. Duncan L, Heathcote J, Djurdjev O, Levin A. Screening for renal disease using serum creatinine: who are we missing? *Nephrol Dial Transplant*. 2001;16:1042-6.
18. Gracia S, Montañés R, Bover J, Cases A, Deulofeu R, De Francisco ALM, et al. Documento de consenso: Recomendaciones sobre la utilización de ecuaciones para la estimación del filtrado glomerular en adultos. *Nefrología*. 2006; 26:658-65.
19. Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron*. 1976;16:31-41.
20. Vervoort G, Willems HL, Wetzels JFM. Assessment of glomerular filtration rate in healthy subjects and normoalbuminuric diabetic patients: validity of a new (MDRD) prediction equation. *Nephrol Dial Transplant*. 2002;17: 1909-13.
21. Teruel JL, Sabater J, Galeano C, Rivera M, Merino JL, Fernández M, et al. La ecuación de Cockcroft-Gault es preferible a la ecuación MDRD para medir el filtrado glomerular en la insuficiencia renal crónica avanzada. *Nefrología*. 2006;27:313-9.

**MESA 2**

## Desinterés de los estudiantes de medicina por la medicina familiar: un estudio internacional

*(Medical students' declining interest in family medicine: an international study)*

Jueves, 17 de junio / 12.00-14.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 2 / Sala 2G-2H

NOTA: Mesa con traducción simultánea inglés-castellano.

### Moderadora:

#### Charo Rodríguez

*Associate Professor, Area of Health Services and Policy Research.*

*Department of Family Medicine, McGill University*

*(Montreal, Quebec, Canadá).*

### Ponentes:

#### Pierre-Paul Tellier

*Associate Professor, Department of Family Medicine. Director,*

*Student Health Services. McGill University (Montreal, Quebec, Canadá).*

#### Emmanuelle Bélanger

*Division of Social and Cultural Psychiatry. Department of Psychiatry*

*& Department of Family Medicine. McGill University*

*(Montreal, Quebec, Canadá).*

#### Teresa Pawlikoska

*Associate Clinical Professor. Director for Undergraduate Medical*

*Education (GP). Warwick Medical School. The University of Warwick*

*(Coventry, United Kingdom).*

#### Sarah Spencer

*Researcher. Warwick Medical School. The University of Warwick*

*(Coventry, United Kingdom).*

#### Ian Whitehead

*Researcher. Warwick Medical School. The University of Warwick*

*(Coventry, United Kingdom).*

#### Sofía López Roig

*Departamento de Psicología de la salud. Facultad de Medicina,*

*Universidad Miguel Hernández (Alicante).*

#### María de los Ángeles Pastor Mira

*Departamento de Psicología de la salud. Facultad de Medicina,*

*Universidad Miguel Hernández (Alicante).*

#### Gwenola Levasseur

*Professeure Émérite, Département de médecine générale.*

*Faculté de Médecine, Université de Rennes 1 (France).*

#### Sandrine Hugé

*Maître de conférence associée. Département de médecine générale.*

*Faculté de Médecine, Université de Rennes 1 (France).*

#### François-Xavier Schweyer

*Professeur de sociologie. École des Hautes Études en Santé Publique*

*& Chercheur titulaire. Centre Maurice Halbwachs,*

*Equipe de recherche ERIS (France).*

### Introducción

A pesar de la importancia indiscutible de la Atención Primaria de Salud (APS), la práctica de la medicina familiar parece ser cada vez menos capaz de cubrir las aspiraciones de los estudiantes de medicina. Así, en los últimos años, el número



de estudiantes de medicina que ha elegido la medicina familiar como carrera profesional ha disminuido sensiblemente en varios países occidentales. Muchas han sido las causas formuladas como posible explicación del fenómeno; entre ellas, cabe señalar la diferencia significativa de remuneración entre especialistas y médicos de familia, o el aumento de las condiciones médicas que requieren la intervención especializada debido a los avances tecnológicos. Sin embargo, este desinterés de los estudiantes de medicina por la medicina familiar ha sido mucho menos estudiado desde el punto de vista de la identidad profesional, más concretamente, desde la construcción de una *identidad profesional desprestigiada* en las facultades de medicina. En este contexto, un equipo de investigadores internacionales iniciamos, en 2007, un estudio de caso múltiple con el objetivo de comprender mejor, en primer lugar, el significado de la identidad profesional del médico de familia y cómo ésta se construye en los centros académicos y, en segundo lugar, el impacto de estos procesos en la elección de carrera de los estudiantes de medicina. El estudio incluye las facultades de medicina de la Universidad McGill, Montreal (Canadá); la Universidad Warwick, Coventry (Reino Unido); la Universidad Miguel Hernández, Alicante (España), y la Universidad de Rennes 1, Rennes (Francia). En esta ponencia presentaremos y discutiremos los resultados de cada uno de los casos, así

como sus implicaciones para la toma de decisiones tanto a nivel académico como de política sanitaria.

*Despite renewed consideration of the significance of primary care for health care delivery systems around the world, family medicine practice appears less and less able to fulfill the professional aspirations of medical students. As a result, medical students' selection of family medicine as a career choice has been persistently declining in many Western countries over the last decade. A number of contributing forces have already been identified as possible explanations for this decreasing trend, e.g. the significant gap between specialty and family medicine incomes, the increasing number of clinical conditions requiring medical specialty interventions because of medical technological advancements, etc. Among them, the construction of an undermined professional identity of family physicians in academic centers has been much less explored. In 2007, with the aim to better understand the meaning of the family physician professional identity and how it is constructed in academic centers, as well as its impact on medical students' career choice, we decided to undertake an international case study investigation, which includes the faculties of medicine of McGill University (Canada), The University of Warwick (UK), the Universidad Miguel Hernandez (Spain) and the Université de Rennes 1 (France). In the present conference, results from within-case studies will be introduced and discussed, and implications for academic and policy decision-making will be suggested.*



# Foro de investigación

## MESA 1

### Buscando compañeros de viaje

Viernes, 18 de junio / 09.30-11.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3F-3G

#### Moderadores:

**Luis Ángel Pérula de Torres**

*Secretario Científico de la Agencia de Investigación de la semFYC.*

**Francesc Xavier Cos Claramunt**

*Representante de la semFYC en The European General Practice Research Network (EGPRN).*

#### 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 aquéllos interesados en aumentar el número de investigadores participantes o proyectos 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, interesante para aquellos congresistas que buscan aproximarse a la realización de proyectos de investigación multicéntricos, colaborativos y/o financiados por agencias externas.

## MESA 2

### Experiencias de integración de los profesionales de Atención Primaria en estructuras de investigación cooperativas

Viernes, 18 de junio / 12.00-14.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3F-3G

#### Moderador:

**Joan Llobera Cànaves**

*Director General de la Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears.*

#### Ponentes y contenido:

1. Las fundaciones de investigación: ¿una oportunidad para la Atención Primaria?

**Celia Quiros Bauset**

*Directora de la Fundación de Investigación del Departamento 10 de Valencia.*

2. Participación de Atención Primaria en nuevas estructuras de investigación

**Julio Cortijo Gimeno**

*Director de la Unidad de Docencia e Investigación. Consorcio Hospital General de Valencia. Departamento de Farmacología de la Facultad de Medicina. Universitat de Valencia.*

3. Los Institutos de Investigación en el Sistema Nacional de Salud. Integración de grupos de investigación del ámbito de la Atención Primaria

**Agustín Gómez De la Cámara**

*Unidad de Investigación-Epidemiología Clínica del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.*

4. La difícil realidad de aunar actividad clínica, investigación e integración en RETIC y CIBER: experiencia del grupo de investigación Al-Andalus

**José Lapetra Peralta**

*Médico de familia. CS Universitario San Pablo. Distrito Sanitario Atención Primaria de Sevilla. CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición.*

#### Introducción

El desarrollo de la Mesa aborda aquellos aspectos clave para que la Atención Primaria se incorpore con éxito en institutos, fundaciones o estructuras que le permitan realizar sinergias.

#### Las fundaciones de investigación:

¿una oportunidad para la Atención Primaria?

**C. Quiros Bauset**

La Fundación de la CV para la Investigación en el Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia comenzó su actividad en septiembre 2006, siendo su ámbito de actuación el Departamento de Salud Valencia-Peset. Tras la publicación en el DOCV de la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana, los Departamentos son estructuras de gestión que integran tanto la Atención Especializada como la Atención Primaria y Sociosanitaria.

La Fundación tiene la finalidad de impulsar y promover la investigación científica, la docencia y la formación del personal en el campo sanitario y la cooperación para el desarrollo de las ciencias sanitarias.

Son objetivos de la Fundación:

- La gestión de todos los aspectos relacionados con la investigación biomédica y clínico-epidemiológica.
- La colaboración de la Fundación para la realización de ensayos clínicos.
- La promoción de actividades que faciliten el intercambio nacional e internacional de conocimientos encaminados a conseguir la mayor relevancia científica y clínica del Departamento 10.
- La actividad docente-formativa que facilite una formación continuada en investigación.

Sus líneas de actuación básicas son las siguientes:

- Promoción y asesoramiento de proyectos.
- Capacitación del personal investigador.
- Soporte a la gestión.
- Soporte metodológico.

Si bien la gestión global de la investigación en el Departamento ofrece una oportunidad para fomentar la investigación que se realiza en Atención Primaria (AP), y que la existencia de una estructura de ayuda en el área metodológica y administrativa ha dado resultados positivos, sigue siendo una realidad que la AP es menos competitiva en convocatorias públicas y a los ojos de la industria farmacéutica. La orientación asistencial, la escasa vinculación con las universidades y la falta de tradición y estructuras organizativas se han argumentado como posibles causas.

Es necesario realizar un mayor esfuerzo para evitar que proyectos de investigación que resulten relevantes, tanto por las hipótesis que plantean como por sus objetivos en términos de interés para la salud, no se lleven a cabo por barreras operativas o económicas.

Algunas de las propuestas que hemos formulado para promover la investigación en AP son las siguientes:

- Incrementar su representación en los órganos de gobierno de la Fundación.
- Favorecer la difusión de los resultados de la investigación.
- Aumentar el número de proyectos que impliquen distintos niveles asistenciales y profesionales y los ensayos clínicos.
- Incentivación en forma de convocatorias específicas, premios o liberación parcial del investigador.

### Bibliografía

- Acuerdo Marco de Cooperación entre la Agencia Valenciana de Salud de la Consellería de Sanitat (Hospital Dr. Peset) y la Fundación de 1 de febrero 2007. DOCV nº 5453.
- Fundación de La Comunidad Valenciana para la Investigación en el Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia. DOGV 18.01.2006. Inscrita en el Registro fundaciones Comunidad Valenciana con el nº 431 (V) clasificada de carácter científico. Fundador: Generalitat Valenciana. Nº 3337.
- Grupo de Trabajo para la Promoción de la Investigación en AP de la Comunidad Valenciana. Promoción de la Investigación en Atención Primaria. Aten Primaria. 2008;40(3):125-31.
- Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana. [2003/1655] DOGV – Núm. 4.440.
- Pujol Ribó C. Las Fundaciones de Investigación en Atención Primaria. Asistencia, docencia... ¿investigación? Aten Primaria. 2001;28:295-7.

### Participación de Atención Primaria en nuevas estructuras de investigación

J. Cortijo Gimeno

La investigación biomédica es una actividad necesaria para mejorar la salud de los ciudadanos. La integración de la investigación con la práctica clínica favorece una mayor calidad de los servicios de salud y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, así como un cuidado más ético y eficiente de los pacientes. No es posible desarrollar investigación de calidad sin una práctica médica de calidad, y viceversa.

En los últimos años, la situación de la investigación en España ha mejorado de forma notable. En el contexto internacional, España ha pasado de publicar 11.228 documentos con visibilidad internacional en 1990 a 35.790 documentos en 2004, lo que supone que duplica su producción con creces, con una tasa promedio en el período cercana al 9%. Según los resultados del *National Science Indicators* para el período 1992-2002, ocupa el décimo puesto de la clasificación de producción de 151 países (séptimo lugar en Europa) y el decimosegundo más citado. Su aportación a la ciencia mundial se corresponde con un 1,77% para el año 1995 y alcanza un 2,16% en 1998 y un 2,44% en 2002. El crecimiento español en este período representa un 54,5%, muy por encima del que se registra para los grandes productores europeos (Reino Unido, Alemania, Francia e Italia).

El volumen de producción científica en revistas internacionales no sólo refleja la actividad científica de un país, sino también su especialización temática. Las áreas temáticas que acumulan los mayores valores de producción a nivel

nacional son: medicina, biología molecular, física y química (más del 75% de la producción total). La biomedicina y ciencias de la salud representan el 40,3% del total de documentos indexados y el 50,6% de todas las citas recibidas. La producción científica por sectores institucionales en el ámbito de la biomedicina se distribuye, fundamentalmente, entre los sectores universitarios, sanitarios y organismos públicos de investigación, con un 65,3; 47,2 y 15,6%, respectivamente.

A la vista de estos datos, se puede decir que los centros sanitarios son actualmente considerados como el centro de gravedad sobre el que se apoya la investigación biomédica; esta situación se da por múltiples razones: proximidad de la actividad asistencial, efectos positivos de la integración de la investigación básica sobre el personal asistencial, características adecuadas para interconectar distintos sectores de la investigación biomédica (universidad, industria y otras instituciones), posibilidades de comunicación con la sociedad, etc.

Sin embargo, el panorama es complejo en los centros sanitarios, debido a la convivencia en estos de tres subsistemas (asistencial, docente e investigador), donde la presión asistencial es percibida como limitadora de actividades de investigación. Por ello, ha sido necesario concebir y diseñar estrategias de investigación apoyadas en elementos de gestión independientes, flexibles, motivadores e innovadores, adaptados a la realidad de cada centro, con capacidad para generar, asimilar e integrar la investigación y la innovación transformándolo en un activo tangible para el paciente, en realidades de salud.

Estas estrategias se han materializado en diversidad de acciones que han sido establecidas en mayor o menor medida en los centros sanitarios.

La gestión diferenciada de la investigación puede añadir transparencia al proceso, mejorando la cultura de dar cuenta del empleo de los recursos. Igualmente debe, mediante la mejora de los procedimientos de planificación, aumentar la capacidad de los centros para captar fondos de investigación y rentabilizar los ya existentes que, en muchos casos, se obtienen mediante procedimientos en régimen de concurrencia competitiva.

Por ello, en el ámbito organizativo, el reto fundamental es generar y potenciar una cultura de la innovación que se base y asiente en la capacidad individual y colectiva de cooperar en un entorno competitivo. Por ello, entre otras acciones, se debe impulsar la creación de *clusters* a partir del sistema sanitario, entendidos éstos como modelos de organización que amplían los espacios fuera de lo estrictamente asistencial y establecen alianzas entre el sector público y privado. Los *clusters* creados deben ser una herramienta para impulsar la innovación en el sistema y gestionar las interfaces del mismo (relaciones entre la administración, los centros generadores de conocimiento y las empresas).

- *Alianzas con otros centros y organismos* para fomentar la creación de redes de investigación o unidades mixtas cooperativas, que faciliten la calidad de los servicios, la motivación de su personal, la innovación en sus actividades, el atractivo para el sector público y privado, y la apertura a la sociedad en general, al Sistema Nacional de Salud (SNS), a otros organismos públicos de I + D y al sector privado.

- *Fomentar la participación de los profesionales en la investigación.* Para ello, es necesario acercar la investigación básica y clínica, introducir «cultura de investigación» en la actividad asistencial diaria, entrenar a los clínicos a trabajar en ambientes multidisciplinares y formarlos en nuevas metodologías. También, reconocer tiempos propios de investigación e implantar la carrera científica en los hospitales para considerar el hospital como centro de investigación.

- *Programas que integren la formación e investigación.* En la actualidad son escasos los programas que integren la formación e investigación como parte de las necesidades de los profesionales. Esto es crítico si se tiene en cuenta que forman parte del proceso de formación de futuros profesionales.
- *Implantación de una adecuada gestión de resultados.* Atendiendo preferencialmente a su transferencia, aplicabilidad e impacto. La aplicación de la investigación clínica en la práctica se traduce a lo que hoy se conoce como Medicina Basada en la Evidencia, que podemos definir como la utilización consciente y juiciosa de la mejor evidencia, derivada de la investigación clínica, para tomar decisiones en el cuidado de los pacientes. Por otro lado, es necesario buscar índices que valoren el impacto de los resultados de la investigación en los indicadores sanitarios poblacionales, permitiendo establecer asociaciones de las ganancias en los indicadores, con los resultados de la investigación.

### Bibliografía

- Carrasco Mallén M. Políticas y gestión de la investigación. Educ Méd. 2004;7(supl.1).
- Corera Álvarez E, Gómez Crisóstomo M, González Molina A, Muñoz Fernández F, Vargas Quesada B. Indicadores bibliométricos de la actividad científica española (1990-2004). Madrid: Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT). 2007.
- García López E, Santos Rodríguez F, Rodríguez Suárez J, Carballo Pérez E. Investigación en Biomedicina. Bol Pediatr. 2005;45:151-5.

Los Institutos de Investigación en el Sistema Nacional de Salud. Integración de grupos de investigación del ámbito de la Atención Primaria

A. Gómez De la Cámara

Se concibe como una estructura funcional de investigación biomédica multidisciplinar y traslacional orientada a la investigación básica, clínica, epidemiológica y en servicios de salud. El núcleo básico del Instituto son los grandes centros sanitarios asistenciales, al que se asocia personal docente e investigador de la universidad, el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) u otros organismos de docencia o investigación. Los grupos de Atención Primaria (AP) se integran con la naturalidad que corresponde a cualquier grupo con una cierta producción científica. No hay restricciones geográficas, ni institucionales, ni debe haberlas. Las fundaciones para la investigación biomédica son las entidades gestoras del Instituto. Éste engloba en una misma figura, asistencia, investigación y docencia.

La misión consiste en desarrollar actividades de investigación en condiciones de excelencia y calidad, que permitan la traslación de los resultados encaminados a la resolución de los problemas de salud de la población, potenciando, así mismo, la investigación biomédica en España. Los institutos de investigación aspiran a convertirse en un centro de referencia en la investigación biomédica multidisciplinar, en el ámbito de la investigación clínica y traslacional, a nivel nacional e internacional. Así mismo, se pretende que el Instituto sea reconocido como un centro referente en cuanto a su potencial docente, tanto por parte de las universidades como por la formación posgraduada. El Instituto pretende actuar como motor de la generación y difusión de conocimiento, realizando una apuesta por el fomento de la innovación y la rápida y eficaz traslación de resultados a la clínica incidiendo especialmente en la práctica asistencial, para el desarrollo de nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento de las patologías de mayor incidencia en la población.

El objetivo es desarrollar actividades de investigación en las líneas priorizadas, potenciando la colaboración y cooperación con otros centros y grupos de investigación.

Las funciones de los institutos consisten en:

- Fomentar la investigación de calidad básica, clínica y epidemiológica y de servicios de salud.
- Favorecer y desarrollar programas y proyectos de investigación o formación de investigadores, con especial atención a la formación científica de profesionales en metodología de la investigación.
- Velar por la calidad, la ética y los principios deontológicos de la investigación.
- Promover la participación de los grupos de investigación del IIS12O en estructuras estables de investigación cooperativa.
- Fomentar una cultura de investigación en salud de excelencia facilitando las relaciones y las colaboraciones entre los profesionales investigadores con proyectos de investigación con líneas e intereses comunes a los del IIS12O.
- Fomentar el uso eficiente de los recursos e infraestructuras del Instituto de investigación.
- Promover la traslación de los resultados:
  - A la sociedad y al sistema sanitario, trasladando el conocimiento generado de su actividad a la práctica clínica.
  - A la comunidad científica, difundiendo su actividad a través de las publicaciones generadas y las memorias científicas del IIS12O.
  - Al sistema económico, fomentando la innovación y la transferencia de resultados

### TALLER 1

## Calidad de los datos

Jueves, 17 de junio / 15.30-19.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3B

### Docentes:

**Xavier Albert i Ros**

*Médico de familia. CS de Momcada, Valencia.*

**José Galán Bernardino**

*Médico de familia. CS Alberic, Valencia.*

### Justificación

Para obtener resultados de calidad en un estudio, el primer requisito es que los datos sean de calidad, aspecto al que se le suele prestar poca atención. Existen numerosísimas oportunidades para introducir errores en los datos. Para intentar asegurar la calidad de éstos, nuestro objetivo ha de ser, en primer lugar, que en el CRD conste el valor «real», es decir, el valor más aproximado posible al concepto que queremos medir, lo cual dependerá de la definición de las variables y de la forma de recogerlas. En segundo lugar, que el dato que se analice sea el que consta en el CRD, lo cual dependerá del proceso de los datos: codificación, introducción, verificación y análisis exploratorio.

### Objetivos

*Objetivo general:* identificar aspectos básicos para mejorar la calidad de los datos.

*Objetivos específicos:*

- Interpretar los conceptos de validez y fiabilidad de una medida.
- Identificar la importancia de realizar la definición de la variable, su recogida y el proceso de los datos de forma correcta.
- Diferenciar mecanismos para mejorar la calidad de los datos.

**TALLER 2****Una idea, un proyecto, una publicación:  
algunas claves para un itinerario**

Jueves, 17 de junio / 15.30-19.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3C

**Docentes:**

**Jesús Martín Fernández**

*Médico de familia. UD de MFyC del Área 8, Madrid.*

**Isabel Del Cura González**

*Médico de familia. Responsable de Investigación del Área 9 del SERMAS.*

*Miembro del GdT Actividades preventivas en la mujer del PAPPs.*

**Objetivos**

*Objetivo general:* conocer los puntos críticos en la planificación de un proyecto de investigación para poder realizar con

éxito el proceso que va de la idea de investigación a la publicación de los resultados.

*Objetivos específicos:* al acabar la actividad, el alumno será capaz de:

- Transformar una pregunta clínica en una pregunta de investigación.
- Seleccionar el tipo de diseño más adecuado y factible a esa pregunta de investigación.
- Conocer el formato de presentación de proyectos de las principales agencias evaluadoras nacionales.
- Elegir la línea de financiación de una agencia evaluadora a la que presentar determinado tipo de proyecto.
- Hacer una planificación de los costes asociados al proceso de investigación.
- Discutir los requerimientos administrativos de cada tipo de proyecto en función de su diseño y de las implicaciones para los sujetos de investigación.
- Identificar las principales revistas para conseguir una publicación exitosa en el ámbito de Atención Primaria.

# Aula docente

## MESA 1

### Nuevos retos, nuevas soluciones en desarrollo profesional continuo

Miércoles, 16 de junio / 09.30-11.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Auditorio 3A

#### Moderadora:

**Clotilde Boix Gras**

*Médico de familia. Jefe de Estudios de la UD de MFyC, Albacete.*

#### Ponentes y contenido:

##### 1. Necesidades de formación del joven médico de familia

**Sònia Cibrián Sánchez**

*Médico de familia. CAP Vallcarca-Sant Gervasi, Barcelona.*

##### 2. Nuevas tecnologías en el desarrollo profesional

**Carlos Almendro Padilla**

*Médico de familia. CS de Torrent 1, Valencia. Director científico de la web de la semFYC.*

##### 3. Sesiones clínicas en Second Life.

¿Una solución para la dispersión?

**Cruz Bartolomé Moreno**

*Médico de familia. Soporte como técnico de salud en la UD de MFyC del sector I, Zaragoza.*

**Elena Melús Palazón**

*Jefa de estudios de la UD de MFyC del sector I, Zaragoza.*

#### Introducción

La Atención Primaria (AP) es la estructura fundamental del sistema sanitario, que precisa de profesionales altamente cualificados para conseguir los niveles de efectividad y eficiencia que determina su competencia.

Integrar la actividad fundamentalmente asistencial, con una formación continuada adecuada, atractiva y lo menos costosa posible en tiempo, supone un reto difícil de abordar, pero necesario para el logro de cualquier estrategia que se proponga mejorar la salud de los ciudadanos.

Los jóvenes médicos de familia necesitan estar bien informados y asesorados para completar y mejorar sus competencias profesionales y poder afrontar el futuro profesional con garantías de éxito, pero para ello, es imprescindible que el sistema sanitario les dé oportunidades laborales de calidad.

En los últimos tiempos se ha puesto en crisis a los sistemas de aprendizaje tradicionales, y las tecnologías se han convertido en un soporte sustancial en la formación. Esta posibilidad de formarse a través de la sociedad del conocimiento, donde todos podemos participar conectándonos a través de la red, nos permite tener la formación siempre presente y aprender cuando y donde queramos, en un mundo lleno de conocimientos accesibles.

La movilidad virtual es el futuro de la formación, en un entorno que exige una adaptación permanente y la respuesta a nuevas necesidades.

#### Necesidades de formación del joven médico de familia

**S. Cibrián Sánchez**

Los jóvenes médicos de familia (JMF) nos sentimos abocados a la vida laboral tras un período formativo de 4 años durante el cual nos sentimos «protegidos» por la figura del tutor. Esta práctica clínica se inicia, en la gran mayoría de los casos, a pesar de la sensación del JMF de no estar plenamente preparado para ello. Por ello, el proceso de JMF se asume como una prolongación del período docente más que como una integración plena a la vida laboral. A ello también ayuda la situación laboral propiamente dicha (contratos no estables, actividad sin cupo asignado, período en Urgencias hospitalarias...).

Por primera vez, nos vemos solos frente a una consulta de AP, en un punto de atención continuada o a las puertas de unas urgencias hospitalarias, en ocasiones combinando diversas opciones. Y todo esto siendo conscientes de los muchos conocimientos que aún nos quedan por asimilar.

Nuestra formación durante la residencia se ha centrado fundamentalmente en las áreas clínica y psicossocial de la medicina de familia, pero áreas como la gestión o la realidad laboral al terminar este período formativo quedan olvidadas. Y ésta es una de las principales carencias de todos nosotros cuando abandonamos el regazo de nuestras unidades docentes: orientación e información.

Pero el problema fundamental del JMF es el hecho de que, aunque siga teniendo lagunas clínicas que cubrir, las posibilidades formativas decrecen de una manera significativa en este período propio. Y para ello nos encontramos con que cada uno de nosotros debe «buscarse la vida» por su cuenta. Cuando hablamos de formación médica continuada, sobre todo para los médicos más jóvenes, siempre se corre el riesgo de caer en una obsesión formativa pensando en futuras oposiciones y/o carreras profesionales sin tener en cuenta la calidad formativa. Por ello, ante la posibilidad de realizar una actividad formativa, deberíamos plantearnos si la formación ofertada nos resulta necesaria y si precisaríamos dedicar ese tiempo a otras actividades docentes que nos dieran un mayor rendimiento. Es decir, que además nos puntuásemos en baremos de oposiciones o de carrera profesional. Además, el JMF debe estar pendiente de la publicación de oposiciones y, por tanto, de los baremos utilizados en cada una de las comunidades autónomas. Con respecto a la formación continuada, ésta debe ser acreditada, además de estar relacionada con el perfil del médico de familia o con la categoría a la que se opta. Por ello, puede resultar útil conocer previamente qué baremos se utilizan en las diferentes oposiciones y qué entidades acreditadoras disponen de las competencias delegadas por parte de la Comisión de Formación Médica Continuada del Sistema Nacional de Salud. Por otro lado, muchos de nosotros comenzamos o persistimos en una carrera investigadora o académica que pasa no por pocos obstáculos. En muchas ocasiones, intentamos iniciar estudios de doctorado o tercer ciclo. Los motivos para ello son diversos, pero básicamente se considera que la realización de un doctorado capacita para el desarrollo de la docencia e investigación en la universidad, además de estar reconocido en los baremos de méritos de los concursos de oposición. De algún modo, supone la culminación de los estudios de medicina.

Dentro de estos estudios de tercer ciclo podemos optar por diversas opciones. La primera de ellas son los programas de doctorado «clásicos», que pretenden formar al alumno para la realización y defensa de la tesis, son bianuales y coordinados por un departamento universitario. La obtención de la suficiencia investigadora es la capacitación para realizar

la tesis. Por otro lado, podemos optar por los programas oficiales de posgrado, con un período de formación que corresponda a uno o varios másteres oficiales.

¿Y cómo podemos asimilar todos los conocimientos necesarios, a la vez que iniciamos una carrera investigadora, ganamos puntos para las próximas oposiciones y lidiamos con contratos imposibles? Las maneras son diversas, y cada uno de nosotros lo organiza según sus posibilidades. Existen los métodos clásicos de formación (actividades formativas presenciales), las actividades formativas a distancia (mediante un aprendizaje autodirigido), y métodos innovadores o nuevas propuestas (portales digitales formativos, *e-learning*, teleconferencias, CD, chats, estancias en centros y servicios acreditados, etc.).

Pero, ante todo, los JMFC precisamos que administraciones sanitarias, sindicatos, colegios de médicos y sociedades científicas desarrollen programas docentes acordes a nuestras necesidades y que garanticen que podamos acceder a dicha información; sin olvidar una estabilidad laboral que nos permita poder realizar estas actividades.

### Bibliografía

- Gavilán E. ¿Qué necesitamos los médicos de familia al terminar la residencia? El Médico Interactivo. 2007;1885. Disponible en: [http://www.elmedicointeractivo.com/tribuna\\_abierta\\_ext.php?idreg=266](http://www.elmedicointeractivo.com/tribuna_abierta_ext.php?idreg=266)
- Manual de supervivencia del joven médico de familia. 1.ª ed. Barcelona: Ediciones semFYC, 2009.
- Pardell Alentá H, Gómez Asorey C. ¿De quién es responsabilidad la formación continuada de los médicos? Aten Primaria. 2006;37:350-4.
- Sección de desarrollo profesional de la semFYC. Disponible en: [http://www.semfy.com/es/informativo/desarrollo\\_profesional](http://www.semfy.com/es/informativo/desarrollo_profesional)
- Web de Universia: Red de Universidades Españolas. Disponible en: URL: <http://www.universia.es>

## Nuevas tecnologías en el desarrollo profesional

C. Almendro Padilla

Los profesionales de la salud deben identificar la necesidad de información, formularse preguntas, buscar y conseguir bibliografía, y luego aplicar la evidencia científica en una decisión clínica. Internet nos permite procesar en forma lógica y automática los conocimientos, y manejar grandes volúmenes de datos y otros tipos de evidencia.

Sin embargo, la información en Internet se comporta como caótica en continua expansión. Ese caos no es más que una forma críptica de orden que hay que saber descifrar.

Existen nodos de información que sintetizan la información que existe y que se presenta en diferentes formatos, como los *blogs*, los portales de *news*, las bases de datos, los metabuscadores, las páginas corporativas, los *wikis*, etc. El mundo de la medicina no es ajeno a este fenómeno y es posible encontrar información significativa para el profesional en estos medios. La Web 2.0 como plataforma social permite acceder a otro tipo de conocimiento, el llamado conocimiento tácito, basado en el intercambio de información y en la experiencia del profesional y que supone una de las fuentes más importantes de actualización del profesional. Este aprendizaje informal tendrá en el futuro un papel destacado en el desarrollo profesional. Para poder acceder a ello, se precisa de cierta competencia informacional para conocer cómo se transmite y se puede recuperar esa información. Es necesario introducir esas competencias en los planes de estudio si se quiere aprovechar los beneficios que la tecnología nos brinda.

Hoy en día es posible con la tecnología que existe disponer de un entorno personalizado que permita introducir estas herra-

mientas en el puesto de trabajo, que es donde se necesita. No hay que olvidar el aprendizaje formal en Internet, el denominado *e-learning*, que cada día tiene más presencia, pero con un escaso desarrollo pedagógico que habrá que mejorar para aprovechar al máximo la educación médica con las nuevas tecnologías.

### Sesiones clínicas en Second Life.

¿Una solución para la dispersión?

C. Bartolomé Moreno, E. Melús Palazón

Dentro del plan de formación del tutor se contempla la formación continuada acreditada. Se realizó en noviembre de 2009 una encuesta de opinión a todos los tutores de la Unidad Docente (UD) para detectar necesidades de formación y proponer a estos profesionales un plan formativo de la Unidad Docente-Sector Zaragoza 1. Tras analizar los resultados, se encontró, entre otras, la necesidad de facilitar las labores de formación y docencia. Una queja reiterada fue la presión de la actividad asistencial, que hace complicado integrar la oferta formativa en horario laboral y aunar a los profesionales con turno de mañana o de tarde. Se pensó en alguna herramienta que diese solución a estos problemas, y tras descartar el sistema tradicional de formación *online*, decidimos apostar por nuevas tecnologías como Second Life, que permite la realización de sesiones clínicas y otras actividades formativas sin la barrera de la dispersión ni la presión asistencial y sin necesidad de desplazamientos.

Tras consultar con semFYC sobre la disponibilidad de la isla de la salud, se propuso la herramienta, Second Life, que reunía los requisitos de ser sencilla y permitir dar solución a todos los centros del sector rentabilizando recursos, dada la informatización de todo el sector, así como la disponibilidad del acceso a Internet desde todos los puestos de trabajo.

Se propuso en una reunión conjunta de los centros la posibilidad de utilizar Second Life pero, aunque la idea gustó, nadie usaba la herramienta propuesta: sólo alguno tenía algún avatar creado y pocos conocían Second Life.

Se diseñó entonces un taller para conocer la isla de la salud. El objetivo fundamental era la formación de los participantes para conocer Second Life y poder dar una presentación y acudir a sesiones clínicas. Para ello, se diseñaron diversos contenidos para descargar los programas necesarios: Second Life y QuickTime® para ver vídeos, crear un avatar, saber cómo moverse y relacionarse en Second Life, conocer la isla de la salud y cómo llegar a la sala de reuniones, saber cómo asistir a una sesión clínica en Second Life y cómo impartir una sesión clínica desde Second Life.

La formación se desarrolló en cuatro talleres durante 1 mes, al final de los cuales los participantes, de cinco centros de salud diferentes, una vez conseguida la destreza en esta herramienta, Second Life, comenzarían con la docencia conjunta, para impartir cursos y sesiones clínicas, y facilitar la formación con el nuevo recurso.

Para comenzar, se diseñó un calendario conjunto de sesiones clínicas, con una periodicidad de una sesión cada 7 días; cada alumno prepararía un sesión, y asistiría como discente a las de los demás.

Para conocer el grado de aceptación del método, se diseñó una encuesta para que la respondieran los participantes antes y después de las actividades.

Con esta herramienta que permite la participación, rentabilizar recursos y la adaptación del horario de las actividades formativas a las necesidades de todos los profesionales de Atención Primaria, se quiere lograr la máxima participación de los sanitarios en actividades formativas pero «conciliando» horarios y evitando desplazamientos.



**MESA 2****Los retos de la estructura docente de MFyC**

Miércoles, 16 de junio / 12.00-14.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Auditorio 3A

**Moderador:****Francisco Pablo Cerezuela***Médico de Familia. Técnico de salud de la UD de MFyC del sector II, Zaragoza.***Ponentes y contenido:****1. La acreditación y reacreditación de las unidades docentes de MFyC y sus dispositivos****Verónica Casado Vicente***Médico de familia. CS Parquesol, Valladolid. Presidenta de la Comisión Nacional de MFyC. Vicepresidenta del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. Profesora Asociada, Dpto. de Medicina de la Universidad de Valladolid.***2. Las unidades docentes de MFyC y la formación troncal, de otros especialistas y de estudiantes**  
**Epifanio de Serdio Romero***Médico de familia. Jefe de estudios de la UD de MFyC de Sevilla.***3. Impacto de Decreto 183/2008 de 8 de febrero**  
**Pascual Solanas Saura***Médico de familia. CS Montilivi, EAP Girona 3. Girona. Miembro de la Junta Permanente de la semFYC.***Introducción**

La publicación de los dos reales decretos en relación con la formación especializada de posgrado ha conllevado que, en un breve período de tiempo, se hayan sucedido y estén pendientes de ocurrir una serie de cambios importantes. En paralelo a todo ello, la aprobación del nuevo programa de la especialidad supuso que se tuviera que reacreditar toda la estructura docente de nuevo para adaptarla a aquél.

Este último proceso, que ha durado un tiempo importante debido al enorme volumen de dispositivos con los que cuentan las unidades docentes, centros de salud, entidades colaboradoras, hospitales, etc., ha supuesto un importante punto de arranque para la mejora de todo el sistema. Y todo ello porque nos espera un nuevo proceso de adaptación a los cambios que vienen, que los entendemos todos como un reto pendiente para mejorar, si cabe, aún más:

- La troncalidad, sus unidades, sus residentes, sus tutores.
- Las rotaciones por Atención Primaria (AP) de otras especialidades.
- Los nuevos planes de estudio de las facultades de medicina y su impacto en la AP.
- El desarrollo pendiente del RD 183/2008 por parte de las comunidades autónomas y del propio Estado.

**La acreditación y reacreditación de las unidades docentes de MFyC y sus dispositivos****V. Casado Vicente**

**NOTA:** Los resultados de esta ponencia proceden del trabajo de Acreditación y Reacreditación de las unidades docentes (UUDD) de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) y de sus dispositivos realizado por la Comisión Nacional de MFyC de la que son miembros: Verónica Casado, Francisco Pablo, Epifanio de Serdio, Pascual Solanas, Juan Saavedra, Rafael Micó, Pablo Bonal, Ana de Santiago, Francisco Toquero, Patricia Chacón y Javier Lucas, a partir de los informes y formularios cumplimentados por los jefes de estudio de las 97 UUDD de MFyC del Estado.

El tercer programa oficial de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria<sup>1</sup>, que se publicó el 3 de mayo de 2005, incorpora múltiples cambios, entre ellos el más conocido es el incremento de 1 año en su formación especializada, que ha pasado de 3 a 4 años, pero, hasta el momento, el nuevo programa ha generado grandes impactos, no sólo internos, sino también externos. Ha activado una necesidad que era la de crear norma en torno a la figura de tutor y así, las propuestas de nuestro programa fueron recogidas y extendidas a todas las especialidades a través del Real Decreto (RD) 183/2008<sup>2</sup>. Sus planteamientos han sido motores para la troncalidad y ha iniciado reflexiones tan trascendentes como lo es la necesidad de supeditar la formación, incluso de la bioética a la definición de los valores.

A nivel interno, ha llevado a definir un nuevo libro del residente, por el momento el único publicado en la página web del Ministerio de Sanidad y Política Social<sup>3</sup>. Ha estado en el origen de la publicación de dos resoluciones de gran trascendencia<sup>4,5</sup> sobre acreditación de las UUDD de MFyC y sobre la incorporación progresiva de una rotación en Atención Primaria de Salud (APS), en los programas formativos de determinadas especialidades sanitarias. Ha propiciado el Plan de Auditorías Docentes con una primera etapa de autoevaluación de las UUDD de MFyC, y la definición del procedimiento de auditoría desarrollado para la evaluación externa de éstas.

Y ha desencadenado el proceso de acreditación y reacreditación de las 97 UUDD de MFyC del Estado.

De los 1.848 expedientes evaluados hasta esa fecha, donde se incluyen unidades docentes, centros de salud docentes, hospitales y entidades colaboradoras, se han revisado 97 unidades docentes, 170 áreas/distritos/sectores, 856 centros de salud docentes y 214 hospitales acreditados para la docencia de medicina familiar y comunitaria. El 46 % de las UUDD cuentan con un informe favorable definitivo, el 37 % precisa un plan de mejora, y el 17 % precisa completar información. En cuanto a los centros de salud docentes, el 50 % tienen un informe favorable definitivo, el 31 % precisa un plan de mejora, al 12 % le faltaba documentación y el 7 % tienen un informe desfavorable provisional, pendiente de nuevas acciones de mejora. En 2008, las plazas ofertadas representaban el 87 % de las plazas acreditadas.

Las comunidades autónomas (CCAA) que cuentan con mayor porcentaje de centros con informe favorable son Cantabria (100 % y 0 % desfavorables), Galicia (64,71 % con un 0 % desfavorables), Andalucía (66,19 % con 5 % desfavorables), Navarra (63,16 % con 5,26 % desfavorables) y Cataluña (62,2 % con 2,44 % desfavorables). Las CCAA con mayor porcentaje de desfavorables son Aragón (27,59 % con un porcentaje favorable del 31,03 %), Asturias (19,44 % con un 58,33 % favorables), Baleares (15,38 % con 53,85 % favorables), Valencia (13,92 % con un 25,32 % favorables) y Canarias (9.685 con un 58,06 % favorables).

Los 56 centros de salud que cuentan por el momento con informes desfavorables y que precisan intervención se debe, sobre todo, a dificultades o déficit por presión asistencial alta (50 CS) y ratio poblacional/MF alto (42), además de déficits en las áreas de investigación (40), en la dotación de recursos (35), en las actividades de formación (29), y en las actividades de atención a la familia (23) y a la comunidad (19). El 62 % de ellos (35 centros de salud) tienen entre 3 y 5 ítems incorrectos.

El tiempo medio de dedicación de los jefes de estudio y técnicos de salud a sus UUDD se encuentra en el 78 % del tiempo recomendado por la CN. Las CCAA que cumplen al 100 % el tiempo recomendado son La Rioja, Canarias, Extremadura y Baleares. En otras UUDD, bien por recursos

insuficientes o por compartir sus actividades con otras actividades de las gerencias de AP, se encuentran por debajo del 50 % del tiempo recomendado, en este caso se encuentran Valencia (45 %), Castilla León (43 %), Navarra (42 %), Madrid (34 %) y Asturias (33 %).

Tras estos 5 años de exhaustivo estudio de todos los expedientes de los dispositivos docentes, la Comisión Nacional detecta como fortalezas del sistema:

- La existencia de un marco legal, que permite la homogeneidad del proceso de acreditación y el análisis de situación.
- La presencia de una red docente muy amplia y consolidada.
- Una estructura docente con profesionales muy comprometidos con su labor.
- Un programa instaurado y en pleno desarrollo.
- Unos cronogramas de formación adaptados al programa.
- Muy buen equipamiento en un muy amplio número de CS docentes.
- Buen nivel de actividad docente en un amplio número de CS docentes.
- Mejora generalizada de la actividad investigadora en gran parte de la red de centros de salud docentes.
- Excelente calidad de los Planes de Evaluación Global realizados por las UDD.
- Ajuste de ratios poblacionales de población/médico de familia en varias CCAA.

Sin embargo, se consideran como Áreas de mejora:

- Por parte de la administración:
  - Mejorar las condiciones asistenciales de los recursos docentes.
  - Mejorar el tiempo de dedicación de jefes de estudios y técnicos de salud a las UDD de MFyC.
- Por parte de las UDD y dispositivos docentes:
  - Formación en atención a la familia y atención comunitaria.
  - Seguir potenciando la investigación en algunas UDD.
  - Mejorar en algunos CS las actividades formativas y evaluativas.

#### Referencias bibliográficas

1. Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2005. Disponible en: URL: <http://www.msps.es/profesionales/formacion/docs/mediFamiliar07.pdf>
2. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.
3. Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Libro del Residente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2007. Disponible en: URL: <http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/libroResidenteMedFamiliar.pdf>
4. Resolución conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia, por la que se establecen los Requisitos Generales de Acreditación de las Unidades docentes para la formación de Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Resolución de 9 de junio de 2005.
5. Resolución de 15 de junio de 2006, de la Dirección General de Recursos Humanos y servicios económicos-presupuestarios, del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la incorporación progresiva de una rotación en atención primaria de salud, en los programas formativos de determinadas especialidades sanitarias.

Las unidades docentes de MFyC y la formación troncal, de otros especialistas y de estudiantes

E. de Serdio Romero

#### Los centros de salud como entornos formativos pluriprofesionales

La historia de los centros de salud en España comienza con la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC)<sup>1</sup>, ya que fue la necesidad de formar especialistas lo que obligó a poner en marcha los primeros centros de salud.

Durante muchos años, la docencia en los centros de salud y, en general en la Atención Primaria (AP), se redujo a la formación de especialistas en MFyC. Ni siquiera los residentes de pediatría realizaban estancias formativas en ellos, a pesar de que la mayoría acabaría trabajando allí.

Poco a poco, y de manera aislada, estudiantes de medicina de algunas facultades comienzan a realizar en ellos prácticas, siendo más generalizada la presencia de estudiantes de enfermería.

El primer cambio importante tiene lugar en 2006, cuando el Ministerio de Sanidad resuelve que en la formación de 18 especialidades médicas las comunidades autónomas «incorporen progresivamente rotaciones por Atención Primaria», que tienen que ser incluidas también en los nuevos programas formativos de esas especialidades.

La aplicación de esta Resolución, que debe llevarse a cabo por cada comunidad autónoma<sup>2</sup>, es irregular, pero pone sobre la mesa de las Comisiones de Docencia hospitalarias la necesidad de contar con los centros de salud, sus tutores y las Unidades docentes de MFyC, que ya no son sólo «demandantes» de rotaciones hospitalarias, sino «ofertantes» de rotaciones en centros de salud.

Durante este tiempo, los programas formativos de pediatría y de medicina del trabajo han incorporado y puesto en marcha rotaciones de 3 meses en centros de salud, por pediatría y medicina de familia, respectivamente.

El segundo cambio tiene que ver con la universidad. En 2008 el Ministerio de Educación publica la Orden por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos de medicina<sup>3</sup>, en la que se incluyen, entre otros aspectos, la obligatoriedad de realizar en el último año «prácticas preprofesionales ... en los centros de salud, hospitales y otros centros asistenciales...». Aunque se han hecho propuestas unificadoras por parte de la Academia de Medicina de España de la semFYC y de todas las sociedades científicas de medicina de familia de España, cuando estas prácticas se lleven a cabo en el curso académico 2015-2016 habrá variabilidad de tiempos y contenidos entre las diferentes facultades de medicina. Pero todas ellas tendrán que contar con los centros de salud como espacios de formación.

Sin embargo, el cambio más amplio tendrá lugar con la puesta en marcha de la formación troncal de las especialidades médicas. A tenor de los informes elaborados por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud en 2008 y el posterior del Grupo de Trabajo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, la casi totalidad de las especialidades médicas realizarán su formación en dos etapas:

- Troncal, de 2 años de duración, en la que los residentes formarían parte de una Unidad Docente Troncal (UDT): UDT del tronco médico, o UDT del tronco quirúrgico, etcétera.
- Específica, de 2 o 3 años de duración, en la que los residentes formarían parte de una Unidad Docente de Especialidad (UDE): UDE de Traumatología, UDT de Medicina Familiar y Comunitaria, etc.

Al igual que ahora, y sin perjuicio de que deban ser acreditadas por el Ministerio de Sanidad, quedaría a potestad de las comunidades autónomas la organización de estas unidades docentes, tanto de tronco como de especialidad, así como la decisión de a qué comisión de docencia (propia o de institución) se adscribiría cada una.

Según los citados informes, al menos los residentes del tronco médico adquirirían parte de sus competencias en los centros de salud mediante estancias formativas de al menos 3 meses de duración.

En resumen, podríamos decir que en los próximos años la capacidad docente de los centros de salud y de sus profesionales, singularmente médicos de familia, será puesta en valor como nunca lo ha estado. Pero también será tensionada esta capacidad e, incluso, la propia organización asistencial de los centros.

¿Cómo afectará todo esto a las UD, que ya en ese tiempo serán de Atención Familiar y Comunitaria (AFyC) para la formación de médicos y enfermeros?<sup>4</sup> ¿Se adaptarán al hecho de que los centros de salud dejen de ser su «patrimonio exclusivo» para convertirse definitivamente en entornos formativos pluriprofesionales?

El futuro de las UDD de AFyC, de sus tutores, técnicos y coordinadores, va a depender de la capacidad de comprender la situación y de hacer valer su conocimiento, experiencia, relaciones y saber hacer a la hora de concretar mapas de competencias, programas formativos, cronogramas de rotaciones y guardias, metodologías docentes y evaluativas... Y, sobre todo, contribuir a diseñar en cada comunidad autónoma la estructura organizativa de las Unidades docentes, tanto troncales como de Atención Familiar y Comunitaria. En la mesa se expondrán para su debate criterios para proponer estructuras organizativas de UDD de AFyC y de UD troncales adecuadas a nuestras necesidades.

#### Referencias bibliográficas

1. Real Decreto 2015/1978. Disponible en: [http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-1978-22162](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1978-22162)
2. Instrucción 1/2006 de la D. G. de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Disponible en: [http://www.portaleir.es/usuario/documento\\_interes/test.residente/dffed27a-0ce7-4110-9437-ae9f366e7958](http://www.portaleir.es/usuario/documento_interes/test.residente/dffed27a-0ce7-4110-9437-ae9f366e7958)
3. Orden ECI/332/2008. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2008/02/15/pdfs/A08351-08355.pdf#>
4. Real Decreto 183/2008. Disponible en: [http://www.msps.es/profesionales/formacion/docs/realDecreto183\\_2008.pdf](http://www.msps.es/profesionales/formacion/docs/realDecreto183_2008.pdf)

#### Impacto del Decreto 183/2008 de 8 de febrero P. Solanas Saura

La publicación del RD 183/2008 representa un paso más hacia la completa organización de las especialidades en Ciencias de la Salud, y ha sido una oportunidad para desarrollar algunos aspectos concretos del sistema de formación sanitaria especializada.

Más concretamente, el RD incide en el concepto y acreditación de las unidades docentes (UD), introduce el concepto de unidad docente multiprofesional, regula de un modo básico las comisiones de docencia, el concepto del tutor y la evaluación de los residentes. Desarrolla también el deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente.

El desarrollo del RD debe realizarse a nivel de las comunidades autónomas (CCAA) lo cual abre la puerta a una gran variabilidad de interpretaciones, así como a la diversidad de definiciones posibles para los mismos problemas. Además, puede ocasionar que se desarrollen aspectos no con el obje-

tivo de la excelencia sino con el objetivo de adaptarse a las realidades existentes.

Es indispensable que exista una unificación de criterios, al menos para las cuestiones más importantes, así como unificar unos mínimos comunes en temas como la composición de la Comisión de Docencia.

Al margen del propio RD es indispensable que las CCAA reconozcan y apliquen los criterios sobre acreditación de las UD y sus dispositivos contenidos en la resolución conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia por la que se establecen los requisitos generales de acreditación de las UD para la formación de médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria de 9 de junio de 2005.

Es preciso que exista una adecuada incentivación de los responsables docentes de los equipos, con certificaciones válidas para la carrera profesional. La figura del jefe de estudios debe ser profesionalizada, con reversibilidad y con un tiempo de dedicación a la UD suficiente para el desarrollo de su labor. La figura del técnico de salud es clave en una UD y realiza apoyo al jefe de estudios. Esta figura no está desarrollada en el RD, y debería incluirse en los desarrollos autonómicos.

En resumen el RD 183 permite un desarrollo autonómico que sea adecuado a las características propias de cada CCAA, y en este aspecto debe considerarse una oportunidad positiva. Sin embargo, el desarrollo autonómico del mismo debe tener unas bases comunes y similares que pasan por el reconocimiento y cumplimiento de la resolución conjunta ministerial sobre los requisitos generales de acreditación de las UD para la formación de médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria de 9 de junio de 2005 y por una definición común de las figuras del jefe de estudios, responsable docente del centro y técnico de salud.

#### TALLER 1

### ¿Cómo realizar la acreditación de la ANECA y no morir en el intento?

Miércoles, 16 de junio / 12.00-14.00 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3B

#### Docentes:

##### Pablo Bonal Pitz

*Médico de familia. CS Bellavista, Sevilla. Presidente de la Academia de Medicina de Familia de España. Profesor Asociado, Dpto. de Medicina de la Universidad de Sevilla.*

##### Verónica Casado Vicente

*Médico de familia. CS Parquesol, Valladolid. Presidenta de la Comisión Nacional de MFyC. Vicepresidenta del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. Profesora Asociada, Dpto. de Medicina de la Universidad de Valladolid.*

#### Objetivos

*Objetivo general:* conocer los nuevos retos docentes y en la acreditación de profesorado para la medicina de familia en la universidad. Debatir las estrategias más adecuadas para consolidar la presencia de la medicina de familia en los nuevos planes de estudios a través de la acreditación del profesorado.

#### *Objetivos específicos:*

- Conocer los contenidos para la asignatura de medicina de familia.
- Conocer los contenidos de medicina de familia para las prácticas preprofesionales del último año del grado de medicina en los centros de salud.

- Conocer las posibilidades para los médicos de familia el acceso a la carrera académica como profesores universitarios.
- Analizar las estrategias más adecuadas para proponer y desarrollar en las facultades de medicina los contenidos de medicina de familia y la promoción académica de los médicos de familia.

**TALLER 2**

## Las cinco microhabilidades: ¿cómo autorizar en situación de alta presión asistencial?

Miércoles, 16 de junio / 16.00-19.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3C

**Docente:****Marta Álvarez Martínez**

*Médico de familia. CS Guillem de Castro. Valencia. Médico de familia. Coordinadora del GdT Educación Médica y Desarrollo Docente de la SVMFIC. Coordinadora de los GdT de la SVMFIC. Formación específica en el área de Educación Médica en Baylor College of Medicine. (Houston).*

**Objetivos**

*Objetivo general:* conocer un modelo de enseñanza que proporciona una herramienta básica, diseñada en cinco pasos, sistemática y fácil de recordar para una docencia eficiente entre tutor y residente en un ambiente clínico.

*Objetivos específicos:*

- Ayudar a médicos sin experiencia en la tutorización del residente, ganando confianza y proporcionando al discente un soporte docente.
- Diferenciar las distintas etapas de un aprendizaje eficaz según el modelo propuesto:
  - Asumir responsabilidad.
  - Indagar en la evidencia.
  - Enseñar conocimiento general.
  - Retroalimentación positiva.
  - Retroalimentación negativa.
- Reforzar activamente la utilización de una correcta retroalimentación como fuente de enseñanza.

**TALLER 3**

## Formulario de objetivos, acreditación y evaluación de una actividad formativa

Miércoles, 16 de junio / 16.00-19.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3D

**Docentes:****Elena Muñoz Seco**

*Médico de familia. U.S. Es Castell, Menorca. Ibsalut. Profesora del Departamento de Psicología de la Universitat Illes Balears. Tutora de Medicina de Familia. Profesora del Departamento de Psicología Universitat Illes Balears.*

**Juan Carlos Arbonies Ortiz**

*Médico de familia. CS de Beraun - Errearteria. Tutor de la UD de MFyC de Gipuzkoa. Responsable del desarrollo profesional individual de la semFYC. Coordinador del proyecto portfolio semFYC.*

**Objetivos**

*Objetivo general:* capacitar a los asistentes para mejorar la planificación de sus actividades formativas, especialmente a la hora de formular objetivos, acreditar y evaluar sus acciones docentes.

*Objetivos específicos:*

- Reflexionar sobre las actividades formativas, su finalidad y sobre lo que queremos conseguir.
- Adquirir habilidades para formular unos buenos objetivos docentes.
- Adquirir conocimientos y habilidades para adecuar la metodología docente a los objetivos.
- Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades para realizar una evaluación de la actividad docentes.

**SESIÓN ORAL DOCENTE**

## Comunicaciones orales de experiencias docentes

Miércoles, 16 de junio / 16.00-18.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4C  
(Véanse en el apartado «Comunicaciones orales»)

# Talleres clínicos interactivos

## //// TCI 1

### La consulta de hoy

Viernes, 18 de junio / 09.30-11.30 h  
Feria Valencia. Foro Norte / Salón de actos

#### Docentes:

##### José Javier Blanquer Gregori

Médico de familia. CS de San Blas, Alicante. Miembro del GdT Cuidados Paliativos de la semFYC y del GdT Atención Domiciliaria de la SVMFiC.

##### Pilar Valencia Valencia

Médico de familia. CS San Blas, Alicante. Miembro de la SVMFiC.

#### Resumen

La toma de decisiones ante peticiones diferentes, realizadas en una consulta a demanda en poco tiempo, es una de las características del trabajo diario del médico de familia. Todos soñaríamos con disponer en esa consulta de otro compañero para poder discutir con él esta «decisión». En este taller somos 300 médicos de familia compartiendo 10 minutos por paciente, durante 120 minutos que durará la consulta, para decidir la respuesta más adecuada a estos problemas de salud y/o administrativos. Planteando la elección de la respuesta con la mayor fuerza de la evidencia disponible y adecuada a las recomendaciones de práctica clínica en 14 necesidades habituales de la consulta de Atención Primaria. Formato interactivo SVMFiC.

## //// TCI 2

### Intervención intensiva en tabaquismo

Viernes, 18 de junio / 12.00-14.00 h  
Feria Valencia. Foro Norte / Salón de actos

#### Docentes:

##### Plácido Gascó García

Médico de familia. CS de Iturrama. Miembro Grupo de Abordaje Tabaquismo de la SNAMFAP. Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo.

##### Juan Antonio Izurdiaga Ilincheta

Enfermero y psicólogo. CS Ermitagaña. Miembro Grupo de Abordaje al Tabaquismo de la SNAMFAP.

#### Resumen

Hacerlo mejor con el mismo tiempo. Éste podría ser el título y el objetivo del presente taller. En la consulta de un médico de familia tenemos un promedio de 350 pacientes que fuman. Las actuaciones que tomemos en cada uno de ellos van a ser diferente dependiendo de la etapa del proceso de cambio en la que se encuentre. Hay una relación dosis-respuesta entre la intensidad y duración de las intervenciones y sus resultados. Saber en qué etapa de cambio se encuentran nuestros pacientes fumadores y qué tipo de pacientes se pueden beneficiar de una terapia intensiva, es uno de los retos que se plantean en la consulta habitual. La terapia intensiva del tabaquismo en Atención Primaria se puede abordar tanto desde el punto de vista individual como grupal. Se trata de un taller práctico

que proveerá a los asistentes el abordaje metodológico e integral de las diferentes estrategias para el control y seguimiento del tabaquismo desde una perspectiva individual y grupal, aplicable a la práctica clínica.

## //// TCI 3

### Toma de decisiones en cuidados paliativos

Viernes, 18 de junio / 15.30-17.30 h  
Feria Valencia. Foro Norte / Salón de actos

#### Docentes:

##### Alberto Meléndez Gracia

Médico de familia. Máster en Cuidados Paliativos. Coordinador del GdT Cuidados Paliativos de la semFYC y de la Osatzen (Sociedad Vasca de MFyC). Médico del Equipo de Soporte para Atención Primaria de la Comarca Araba, Vitoria.

##### David Vaquerizo García

Médico de familia. Miembro del GdT Cuidados Paliativos de la semFYC y de la AGAMFEC. Miembro del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Hospital do Salmés, Vilagarcía de Arousa (Pontevedra).

#### Resumen

Desde el diagnóstico de una enfermedad incurable, el médico se enfrenta a una serie de decisiones difíciles de tomar, en las que tendrá que incorporar al análisis para decidir la opción más adecuada a cada paciente en cada momento, aspectos éticos además de consideraciones clínicas.

#### Decisiones difíciles

- El momento de limitar el esfuerzo terapéutico y aplicar tratamientos paliativos.
- Aspectos relacionados con la información: ¿qué?, ¿cuándo?, ¿a quién?, y ¿cuánta información debemos proporcionar?
- En pacientes ya considerados subsidiarios de cuidados paliativos, indicación de medidas diagnósticas y terapéuticas.
- En los últimos momentos, las peticiones de eutanasia o suicidio asistido y la sedación terminal plantean problemas éticos y legales.

#### ¿Por qué son difíciles?

El grado de dificultad en las decisiones clínicas está relacionado con el nivel de incertidumbre, que tiene relación directa con la falta de evidencia científica sobre el tema tratado y la falta de experiencia. En este tipo de pacientes, la investigación clínica es difícil y el grado de evidencia de muchas recomendaciones es bajo, por otro lado, especialmente en los pacientes al final de la vida, debemos tener en cuenta sus preferencias y calidad de vida a la hora de tomar determinadas decisiones, y la formación de los profesionales sanitarios es muy deficitaria tanto en medicina paliativa como en bioética. El grado de dificultad aumenta si a esto le sumamos el importante contenido emocional de las situaciones que analizamos, tanto para el paciente y la familia como para el propio equipo terapéutico.

#### Objetivos

*General:* ofrecer recursos para elegir la solución más adecuada a cada problema cuando hay que tomar una decisión difícil en pacientes con enfermedad avanzada o terminal.

#### *Específicos:*

- Identificar situaciones en las que la decisión que se debe tomar resulta difícil o problemática.
- Analizar las causas por las que resulta difícil tomar determinadas decisiones.
- Aprender a utilizar herramientas que ayuden a tomar la decisión más adecuada.
- Conocer aspectos éticos y legales relacionados con el proceso de toma de decisiones.



# Talleres de habilidades

## TALLERES DE 2 HORAS

### //// TH2.01

#### Utilización de la vía subcutánea

- A) Viernes, 18 de junio / 09.30-11.30 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 2 / Sala 2F  
B) Viernes, 18 de junio / 12.00-14.00 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 2 / Sala 2F

#### Docentes:

**M.<sup>a</sup> Pilar Ruiz Bueno**

*Médico de familia. Médico de ESAD, sector Zaragoza III.  
Miembro GdT de Cuidados Paliativos de la semFYC.*

**Ester García Gimeno**

*Médico de familia. Médico de ESAD, Área 9 de Madrid.  
Máster en Cuidados Paliativos. Miembro del GdT  
de Cuidados Paliativos de la semFYC.*

#### Objetivos

*Generales:* capacitar a los profesionales en el manejo y uso de los distintos fármacos por vía subcutánea en los pacientes terminales y conseguir una mejor calidad de vida para los pacientes en etapa terminal.

#### *Específicos:*

- Dotar a los profesionales de habilidades para el uso de la vía subcutánea en infusión continua y en bolos.
- Conocer la técnica de la vía subcutánea, sus indicaciones y contraindicaciones.
- Describir los fármacos utilizados más frecuentemente y sus indicaciones en cuidados paliativos.
- Facilitar la organización del domicilio para una utilización eficaz de la vía subcutánea.
- Adquirir conocimientos sobre la utilización de la vía subcutánea en la rehidratación.
- Modificar la actitud de los médicos de familia hacia la utilización de la vía subcutánea para el control de los pacientes en fase terminal.

### //// TH2.02

#### Pilates para tod@s

- A) Jueves, 17 de junio / 09.30-11.30 h  
Feria Valencia. Foro Norte / Sala Castellón  
B) Jueves, 17 de junio / 12.00-14.00 h  
Feria Valencia. Foro Norte / Sala Castellón

#### Docentes:

**Francisco Camarells Guillem**

*Médico de familia. CS Infanta Mercedes. Servicio Madrileño de la Salud. Madrid*

**Héctor Ancor Luján De Rada**

*Profesor Pilates. Profesor y monitor Pilates del Wellnes Pilates. Madrid.*

#### Objetivos

*General:* remarcar la importancia de aumentar los niveles de actividad física, dentro de un marco de promoción y prevención de la salud resaltando el papel de los médicos de familia, dando a conocer en qué consiste el método Pilates.

#### *Específicos:*

- Dar a conocer en qué consiste el método Pilates, y los principios sobre los que se sustenta.

- Revisar la evidencia científica que sustente la posible recomendación de ambas técnicas por el médico de familia en su consulta diaria.
- Remarcar la importancia de aumentar los niveles de actividad física, y el papel de los médicos de familia.

### //// TH2.03

#### Uso recreativo de drogas: abordaje desde la consulta de Atención Primaria

- A) Jueves, 17 de junio / 09.30-11.30 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3B  
B) Jueves, 17 de junio / 12.00-14.00 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3B

#### Docente:

**Fernando Caudevilla Gállego**

*Médico de familia. Experto Universitario en Drogodependencias.  
Miembro del Grupo de Intervención en Drogas de la semFYC.*

#### Objetivos

*General:* capacitar al médico de familia en el abordaje de los problemas de salud asociado al uso recreativo de drogas (fundamentalmente cannabis, cocaína y drogas de síntesis, sin olvidar el alcohol).

#### *Específicos:*

- Revisar conocimientos básicos acerca de aspectos epidemiológicos, clínicos y toxicológicos sobre las drogas de uso recreativo de consumo más prevalente.
- Reflexionar sobre las actitudes de los profesionales y los pacientes hacia el uso recreativo de drogas
- Comprender el valor de la entrevista clínica como herramienta principal para el abordaje de los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas.
- Practicar situaciones frecuentes en la práctica clínica.
- Dotar a los asistentes de información completa, actualizada y basada en la evidencia científica acerca de las diferentes drogas presentes en espacios recreativos.
- Indicar fuentes y recursos donde ampliar conocimientos y profundizar sobre esta materia.

### //// TH2.04

#### Manejo de la insuficiencia cardíaca en Atención Primaria

- A) Jueves, 17 de junio / 09.30-11.30 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3C  
B) Jueves, 17 de junio / 12.00-14.00 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3C

#### Docentes:

**M.<sup>a</sup> Pilar Botija Yagüe**

*Médico de familia. CS Barrio del Cristo, Aldaya (Valencia).  
Miembro del grupo de enfermedades cardiovasculares de la SVMFiC.*

**Asunción Ajenjo Navarro**

*Médico de familia. CS Paterna, Valencia.  
Miembro del grupo de enfermedades cardiovasculares de la SVMFiC.*

#### Objetivos

*General:* conocer las evidencias y actualizaciones del manejo de la insuficiencia cardíaca en Atención Primaria.

#### *Específicos:*

- Conocer los conceptos y nuevas definiciones de la insuficiencia cardíaca.
- Identificar los factores determinantes y precipitantes de la insuficiencia cardíaca.

- Conocer las indicaciones de las principales técnicas diagnósticas en la insuficiencia cardíaca.
- Conocer las directrices actuales en el manejo farmacológico y no farmacológico de la insuficiencia cardíaca.

### //// TH2.05

## Métodos diagnósticos rápidos en enfermedades infecciosas en Atención Primaria

A) Jueves, 17 de junio / 09.30-11.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3D

B) Jueves, 17 de junio / 12.00-14.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3D

#### Docentes:

##### Carles Llor Vilà

*Médico de familia. CS Jaume I, Tarragona. Doctor en medicina.*

*Profesor asociado de la Universidad Rovira i Virgili. Miembro del grupo de enfermedades infecciosas de la CAMFiC y del GdT de Enfermedades Infecciosas de la semFYC.*

##### Silvia Hernández Anadón

*Médico de familia. CS Jaume I, Tarragona. Doctora en medicina.*

*Miembro del GdT de Enfermedades Infecciosas de la CAMFiC.*

#### Objetivos

*General:* sensibilizar a los médicos de familia que con habilidades técnicas sencillas y fáciles pueden llegar a un diagnóstico de sospecha microbiológico, facilitándoles la posibilidad de efectuar un tratamiento más etiológico de las enfermedades infecciosas en Atención Primaria, y familiarizarlos con las técnicas más útiles disponibles en la actualidad que pueden utilizar rutinariamente en las consultas.

#### *Específicos:*

- Aprender a utilizar la técnica antigénica rápida para el diagnóstico de la faringitis estreptocócica (StrepA), saber cuándo hay que utilizarla e interpretar los resultados.
- Aprender a utilizar la técnica antigénica rápida para el diagnóstico de la mononucleosis infecciosa (MonoTest), saber cuándo hay que utilizarla e interpretar los resultados.
- Aprender a utilizar técnicas de determinación de proteína C reactiva (PCR), cuantitativas y semicuantitativas, conocer las diferencias entre ambas, cuándo utilizarlo y saber interpretar los resultados con los dos tipos de métodos.
- Aprender a utilizar técnicas de detección de anticuerpos de VIH-1 y VIH-2 (Oraquick), saber cuándo hay que utilizarlas e interpretar los resultados.

### //// TH2.06

## Alcoholismo y medicina de familia: avances y actualizaciones en el manejo del paciente con problemas en el uso de alcohol

A) Jueves, 17 de junio / 09.30-11.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 2 / Sala 2E

B) Jueves, 17 de junio / 12.00-14.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 2 / Sala 2E

#### Docente:

##### Ignacio Ruz Franzi

*Médico de familia. CS Olivillo, Cádiz. Terapeuta del Centro de Tratamiento Alcoholismo ARCA de Cádiz.*

#### Objetivos

*General:* actualizar el manejo de los problemas relacionados con el consumo de alcohol desde el ámbito de la Atención Primaria de Salud.

#### *Específicos:*

- Adquirir habilidades en el manejo de instrumentos de diagnóstico clínico.
- Conocer las técnicas de entrevista motivacional, breves y muy breves.
- Saber actuar ante el bebedor sin problemas.
- Saber y conocer el manejo del bebedor problema sin dependencia.
- Conocer aspectos implicativos del médico de familia respecto al síndrome de dependencia de alcohol: desintoxicación ambulatoria y apoyos a la deshabitación.
- Conocer los criterios de derivación desde Atención Primaria, a los servicios especializados en el tratamiento de pacientes con problemas en el consumo de alcohol.

### //// TH2.07

## Abordaje integral del dolor crónico

A) Viernes, 18 de junio / 09.30-11.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3C

B) Viernes, 18 de junio / 12.00-14.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3C

#### Docentes:

##### M.<sup>a</sup> Eugenia Azpeitia Serón

*Médico de familia. Psicoterapeuta. UAP Salcedo-Lantarón, Álava.*

##### Silvia Moreno López

*Médico de familia. UAP Bergüenda, Álava.*

#### Objetivos

*General:* mejorar los conocimientos, y dotar de herramientas y habilidades, a los profesionales sanitarios para el abordaje de los pacientes con dolor crónico, de manera coordinada con los otros niveles de la atención sanitaria.

#### *Específicos:*

- Aumentar la comprensión y conocimientos de los profesionales sanitarios sobre el dolor crónico.
- Sensibilizar a los profesionales sobre el abordaje biopsicosocial del dolor.
- Desarrollar habilidades específicas relacionadas con el manejo multidisciplinario del dolor crónico.
- Exponer técnicas de evaluación integral en dolor crónico.
- Valorar distintos métodos para el manejo del dolor crónico desde una perspectiva comunitaria.

### //// TH2.08

## Interpretación de la retinografía digital y fondo de ojo

A) Viernes, 18 de junio / 09.30-11.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3B

B) Viernes, 18 de junio / 12.00-14.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3B

#### Docente:

##### Pedro Mengual Luque

*Médico de familia. CS Occidente, Córdoba.*

*Doctor en medicina y cirugía.*

#### Objetivos

*General:* facilitar la interpretación de la retinografía digital a los médicos de familia.



*Específicos:*

- Conocer el fondo de ojo normal.
- Conocer algunas de las variantes de la normalidad.
- Conocer la semiología retiniana.
- Conocer el fondo de ojo del hipertenso.
- Conocer el fondo de ojo del diabético.
- Conocer las alteraciones habituales de la papila del nervio óptico.
- Conocer otras alteraciones retinianas frecuentes en la consulta de Atención Primaria.

**TALLERES DE 4 HORAS****//// TH4.01****Acompañamiento emocional al final de la vida**

- A) Jueves, 17 de junio / 15.30-19.30 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 2 / Sala 2E  
B) Viernes, 18 de junio / 09.30-14.00 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 2 / Sala 2E

**Docentes:****Socorro Lizarraga Mansoa**

*Médico de familia. Miembro GdT Paliativos de Navarra y del GdT de Paliativos de la semFYC.*

**Maite Ayarra Elía**

*Médico de familia. Miembro GdT Paliativos de Navarra.*

**Objetivos**

*General:* aprender a mejorar nuestro acompañamiento y relación de ayuda con pacientes terminales y con su familia.

*Específicos:*

- Conocer e identificar las fases adaptativas del paciente a la enfermedad y a la proximidad de la muerte.
- Conocer e identificar las necesidades del paciente terminal: físicas, psicoemocionales, espirituales y sociales.
- Identificar los miedos y dificultades de los sanitarios en el acompañamiento al final de la vida.
- Conocer y ejercitar habilidades de comunicación necesarias para acompañar mejor al paciente terminal y facilitar «el buen morir».
- Valorar la importancia de la familia en el cuidado del paciente al final de su vida.

**//// TH4.02****Taller avanzado de espirometrías aplicado a la clínica**

- A) Jueves, 17 de junio / 15.30-19.30 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3D  
B) Viernes, 18 de junio / 09.30-14.00 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3D

**Docentes:****M.<sup>a</sup> Isabel Irizar Aramburu**

*Médico de familia. CS Idiazabal (Gipuzkoa). Miembro del GdT de Respiratorio de la Sociedad Vasca de Medicina de Familia, Osatzen.*

**José Manuel Martínez Eizaguirre**

*Médico de familia. CS Idiazabal (Gipuzkoa). Miembro del GdT de Respiratorio de la Sociedad Vasca de Medicina de Familia, Osatzen.*

**Objetivos***Generales:*

- Mejorar la cualificación de los profesionales de Atención Primaria en la interpretación de espirometría forzada y su aplicabilidad clínica en el seguimiento de pacientes con asma y EPOC.
- Adquirir habilidades en la interpretación de espirometría simple como herramienta para el seguimiento y valoración de atrapamiento aéreo e hiperinsuflación en pacientes con EPOC.

*Específicos:*

- En espirometría forzada: identificar las maniobras incorrectas que se deben rechazar ya que podrían distorsionar el patrón espirométrico; conocer los diferentes patrones espirométricos (normal, obstructivo, restrictivo, mixto); realizar algoritmo de interpretación de la espirometría en contexto clínico.
- En espirometría simple: interpretar la clínica de los parámetros de mayor interés como la capacidad inspiratoria e índice de Tiffeneau; valoración del atrapamiento aéreo e hiperinsuflación a través de la espirometría forzada.

**//// TH4.03****Procesos cutáneos susceptibles de cirugía menor y/o tratamiento conservador de Atención Primaria**

- A) Jueves, 17 de junio / 15.30-19.30 h  
Feria Valencia. Foro Norte / Sala Castellón  
B) Viernes, 18 de junio / 09.30-14.00 h  
Feria Valencia. Foro Norte / Sala Castellón

**NOTA:** el asistente a este taller no debe tener como expectativa el aprendizaje detallado de las técnicas de cirugía menor habituales en Atención Primaria, al no tratarse éste de un taller específico de cirugía menor.

**Docente:****Fco. Javier Gallo Vallejo**

*Médico de familia y responsable del Programa Cirugía Menor. CS Zaidín-Sur, Granada. Tutor de Médicos Residentes de MFyC. Salvia de Haro Oriola. MIR de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UD de MFyC de Granada.*

**Objetivos**

*General:* dar a conocer y aprender a diagnosticar aquellos procesos cutáneos más frecuentes que pueden ser susceptibles de tratamiento en la modalidad de cirugía menor en Atención Primaria, así como aquellos otros (que susceptibles también de cirugía menor) pueden resolverse con técnicas no quirúrgicas.

*Específicos:*

- Repaso (con abundante iconografía) a los procesos cutáneos más frecuentes susceptibles de resolverse en un programa de cirugía menor, identificándolos correctamente y valorando las alternativas terapéuticas para resolverlos.
- Aumentar la capacidad resolutoria de los alumnos en estos problemas de salud.
- Conocer qué procesos cutáneos pueden resolverse mediante cirugía menor y/o tratamiento conservador en el ámbito de Atención Primaria y cuáles deben derivarse al nivel especializado.
- Conocer las bases para poner en marcha un programa de cirugía menor en su centro de salud.

**//// TH4.04****Atención al adolescente desde Atención Primaria**

A) Jueves, 17 de junio / 09.30-14.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 2 / Sala 2F

B) Jueves, 17 de junio / 15.30-19.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 2 / Sala 2F

**Docentes:****Alejandro Pérez Milena***Médico de familia y médico de EBAP. CS El Valle, Jaén.**Doctor en medicina. Coordinador del GdT de Adolescentes de la SAMFyC. Investigador principal de proyectos financiados por la Junta de Andalucía dentro del GdT de Adolescentes.***Idoia Jiménez Pulido***Médico de familia. Distrito Sanitario Jaén Nordeste. Epidemióloga de Atención Primaria. Responsable de la investigación del Distrito Sanitario Jaén Nordeste. GdT de Adolescentes de la SAMFyC. Investigadora colaboradora.***Fco. Javier Leal Helmling***Médico de familia y médico de EBAP. CS Jódar, Jaén. GdT de Adolescentes de la SAMFyC. Investigador colaborador.***M.ª Luz Martínez Fernández***Profesora de Educación Secundaria. IES Jabalcuz, Jaén. Licenciada en Historia. Jefatura de Estudios. Investigadora colaboradora.***M.ª Inmaculada Mesa Gallardo***Médico de familia. CS de Bollulllos Par del Condado, Huelva.***Objetivos****Generales:**

- Adquirir conciencia de la problemática especial del adolescente y saber cómo abordarla.

- Aplicar actividades de prevención y promoción de la salud para adolescentes en el quehacer cotidiano.
- Conocer los cambios físicos, psíquicos y sociales que experimenta el adolescente y su influencia en la salud.

**Específicos:**

- Conocer la definición de adolescencia, las etapas en las que se divide, los cambios físicos que acontecen y su relación con la salud y la enfermedad en este período.
- Profundizar en los cambios psicológicos y sociales que ocurren en el adolescente, relacionándolos con las diferentes etapas de la adolescencia.
- Valorar adecuadamente la dinámica familiar del adolescente y realizar una anticipación de los problemas de transición propios de esta etapa.
- Reconocer los problemas de salud específicos de esta etapa y las conductas de riesgo para la salud más frecuentes: consumo de sustancias adictivas, trastornos del comportamiento alimentario, relaciones sexuales sin protección, conductas violentas y accidentes de tráfico.
- Conocer la relación que se establece entre los adolescentes y el sistema sanitario: accesibilidad, frecuentación, morbilidad específica y respuesta sanitaria actual.
- Saber afrontar problemas de difícil respuesta mediante una reflexión en bioética.
- Adquirir habilidades en entrevista clínica basadas en la comunicación centrada en el adolescente; con formación específica para los casos de adolescentes conflictivos o con padres invasores.
- Conocer cómo realizar un abordaje sistémico del adolescente mediante la incorporación habitual de la exploración del área psicosocial junto a la clásica atención biológica.
- Aplicar en consulta las actividades preventivas y de promoción de la salud con evidencia científica que sean de utilidad para la salud del adolescente.
- Conocer los programas multidisciplinarios en los que se puede trabajar fuera del ámbito de la Atención Primaria en colaboración con otros profesionales que trabajan con adolescentes.

# Encuentros con el experto y otras actividades

MIÉRCOLES, 16 DE JUNIO

## SESIÓN PRÁCTICA 1

### ¿Cómo abordar la inercia terapéutica en la hipertensión arterial?

Hora: 17.00-18.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 2 / Sala 2G-2H

NOTA: Aforo máximo 100 personas, por riguroso orden de llegada.

#### Moderador:

José Álvaro Bonet Plá

Médico de familia. CS Salvador Pau, Valencia. Miembro del GdT Hipertensión Arterial de la semFYC.

#### Docente:

Carlos Sanchís Doménech

Médico de familia. CS Algemesí, Valencia. Miembro del GdT Hipertensión Arterial de la semFYC.

#### Resumen

Existe una fuerte evidencia sobre la efectividad de las terapias farmacológicas y no farmacológicas en la prevención y el retraso de las complicaciones de la hipertensión arterial y, sin embargo, se observa que con frecuencia los médicos no inician o intensifican las terapias en pacientes que no consiguen el control de la presión arterial. Esta actitud se conoce como inercia terapéutica, se define como el fracaso de los médicos en iniciar o intensificar una terapia que está indicada. La inercia terapéutica es muy común en el tratamiento de enfermedades crónicas tales como la diabetes, la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial, especialmente en sus fases asintomáticas. El médico de familia, debe conocer esta problemática, para prevenirla y mejorar así su eficacia en la lucha contra las enfermedades cardiovasculares.

Patrocinado por: Bristol-Myers Squibb.

## ENCUENTRO CON EL EXPERTO 1

### Tratamiento insulínico de la DM tipo 2: de la insulinización basal a la intensificación

Hora: 17.00-18.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Auditorio 3A

#### Moderador:

Domingo Orozco Beltrán

Médico de familia. Miembro del GdT Diabetes de la semFYC.

#### Ponentes y contenido:

1. Insulinización basal

Sara Artola Menéndez

Médico de familia. Miembro del GdT Diabetes de la SoMaMFyC.

#### Resumen

- Algoritmos y consensos (ADA/EASD, grupo GEDAPS...) en el inicio de insulinización de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM tipo 2), destacando cuándo es el momento adecuado para introducir la insulinización.
- Diferencias entre las distintas alternativas para la insulinización basal.
- Abordar la necesidad de una correcta titulación de dosis siguiendo un algoritmo y la necesidad de que este seguimiento se haga correctamente por parte de la coordinación entre médico y enfermería.

#### 2. Intensificación de la terapia insulínica.

«Basal +»

Fernando Álvarez Guisasaola

Médico de familia. Coordinador del GdT Diabetes de la semFYC.

#### Resumen

- Momento en el que es necesaria la intensificación del tratamiento insulínico basal: «Basal +» como modelo de intensificación progresiva hasta la terapia Basal-Bolo.
- Estudios existentes, criterios para su introducción, criterios para establecer la primera inyección de insulina de acción rápida y las sucesivas, cómo manejar la terapia con ADO en este régimen..., y beneficios de este modelo frente a otros modelos de intensificación.

Patrocinado por: Sanofi Aventis.

## ENCUENTRO CON EL EXPERTO 2

### La importancia del diagnóstico precoz en la DMAE

Hora: 17.00-18.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3F-3G

#### Moderador:

Marc Baget Bernaldiz

Médico de familia. Responsable de oftalmología de la CAMFiC.

#### Ponentes:

Ramon Sagarra Álamo

Médico de familia. SAP Reus-Altebrat, ICS.

Benilde Fontoba Poveda

Médico de familia. CS Vinyets, Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

Pere Romero Aroca

Oftalmólogo.

Ricardo Casarolli Murano

Oftalmólogo.

#### Resumen

Abordaje sobre patología, el impacto de la DMAE en la sanidad pública, la importancia del diagnóstico precoz, el uso de la rejilla de Amsler y la cámara no midriática y circuitos de derivación donde la cámara no midriática tiene un papel clave.

Patrocinado por: Novartis.

**ENCUENTRO CON EL EXPERTO 3**

## El papel de la Atención Primaria en el tratamiento de la fibrilación auricular. Nuevos paradigmas en anticoagulación

Hora: 17.00-18.30 h

Feria Valencia. Foro Norte / Salón de actos

**Moderador:**

**José M.ª Lobos Bejarano**

*Médico de familia. Área 1, Madrid. Coordinador del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC.*

**Ponentes y contenido:**

1. El papel del médico de Atención Primaria en la fibrilación auricular. ¿Cómo debemos actuar?

**M.ª Victoria Gosalbes Soler**

*Médico de familia. Miembro del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC y de la SVMFiC.*

2. Tras 50 años, perspectivas de los nuevos anticoagulantes: dabigatrán

**Esteban López de Sá y Areses**

*Cardiólogo. Jefe de la Unidad Coronaria del Hospital La Paz, Madrid. Departamento de Cardiología.*

**Resumen**

La complicación más temida de la fibrilación auricular es el ictus tromboembólico, cuya frecuencia está multiplicada hasta 5-6 veces la de la población general. Además estos ictus suelen ser más graves, a menudo devastadores o letales. La anticoagulación oral (ACO) con dicumarínicos ha demostrado una eficacia importante, reduciendo los ictus en un 66% en pacientes con FA no valvular. La indicación de anticoagular no depende del tipo de FA (paroxística o permanente) sino del riesgo embólico del paciente que puede estimarse con distintas escalas, en ausencia de contraindicaciones. Algunas limitaciones inherentes al tratamiento como el estrecho rango terapéutico o la necesidad de monitorización, pueden resultar cruciales para la decisión de inicio de anticoagulación. En los últimos años se han desarrollado fármacos anticoagulantes por vía oral supondrán muy pronto una alternativa real a los ACO clásicos, con alguna ventaja como la ausencia de necesidad de controles periódicos de INR y una dosis estandarizada. Los ensayos clínicos están mostrando resultados realmente robustos en este sentido y pronto los pacientes podrán disponer de una nueva opción terapéutica para la prevención del ictus u otros embolismos en la FA.

Patrocinado por: Boehringer Ingelheim.

**REFLEXIÓN EN TEMAS DE ACTUALIDAD 1**

## Diabetes y oncología

Hora: 18.45-19.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Auditorio 3A

**Moderador:**

**Domingo Orozco Beltrán**

*Médico de familia. Miembro del GdT Diabetes de la semFYC.*

**Ponente:**

**Francisco Merino Torres**

*Endocrino. Jefe de la Sección de Endocrinología del Hospital La Fe, Valencia.*

**Resumen**

La epidemiología de la DM2 muestra un panorama de aumento de la incidencia de esta patología de manera exponencial en todo el mundo, pero en especial en países desarrollados y muy a corto plazo también en los que están en vías de desarrollo.

De otra parte, la fisiopatología de la diabetes presenta per se un aumento del riesgo de desarrollo de procesos mitogénicos, lo que unido a la obesidad presente en más del 90% de los casos y la cada vez mayor necesidad de uso de la insulina, se ha convertido en una causa de preocupación debido a los hallazgos presentados en varios metaanálisis basados en estudios epidemiológicos, estudios de registro y significativos estudios in vitro, en los cuales se ha valorado una posible asociación con un aumento del riesgo de desarrollar procesos proliferativos.

Patrocinado por: Novo Nordisk.

**REFLEXIÓN EN TEMAS DE ACTUALIDAD 2**

## Tipo de grasas en la alimentación y consecuencias sobre factores de riesgo cardiovascular. Evidencia clínica y consenso español

Hora: 18.45-19.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3F-3G

18.45-19.00 h **Introducción:** Importancia de la calidad de las grasas en la alimentación. Documento consenso (semFYC, SEA, AEP y SEDCA)

**Lourdes Carrillo Fernández**

*Médico de familia. Coordinadora del GdT Alimentación y Nutrición saludable de la semFYC.*

19.00-19.20 h **Resultados del ensayo clínico:** Impacto en el perfil lipídico plasmático de diferentes tipos de grasas consumidas regularmente en el desayuno

**Juana Morillas Ruiz**

*Profesora del Dpto. de Tecnología de la Alimentación y Nutrición. Universidad Católica San Antonio de Murcia.*

19.20-19.30 h **Coloquio**

Patrocinado por: Unilever.

**REFLEXIÓN EN TEMAS DE ACTUALIDAD 3**

## Actualización en artrosis

Hora: 18.45-19.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 2 / Sala 2G-2H

18.45-19.50 h **Presentación**

**Fernando León Vázquez**

*Médico de familia. CS San Juan de la Cruz, Pozuelo de Alarcón (Madrid). Máster en Derecho Sanitario. Diplomado en Derecho. Coordinador del Grupo Lex Artis de la SoMaMFyC. Miembro del GdT Enfermedades Reumatológicas de la semFYC.*

18.50-19.05 h **Epidemiología**

**Juan Carlos Hermosa Hernán**

*Médico de familia. Miembro del GdT Enfermedades Reumatológicas de la SoMaMFyC.*

19.05-19.20 h **Tratamiento farmacológico**

**José Francisco Horga de la Parte**

*Farmacólogo clínico. Universidad Miguel Hernández, Alicante.*

19.20-19.30 h **Coloquio**

Patrocinado por: Bioibérica.

JUEVES, 17 DE JUNIO

### SESIÓN PRÁCTICA 2

#### Del ECG al ecocardiograma: taller interactivo basado en casos clínicos

Hora: 16.00-17.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 2 / Sala 2G-2H

NOTA: Aforo máximo 100 personas, por riguroso orden de llegada.

##### Coordinadores y ponentes:

**Amparo Mena González**

*Médico de familia. EAP Congrés; CAP Maragall, Barcelona.*

*Miembro del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC y Malalties del Cor de la CAMFiC.*

**José M<sup>a</sup> Lobos Bejarano**

*Médico de familia. Área 1, Madrid. Coordinador del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC.*

**Pedro Conthe Gutiérrez**

*Internista. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. Presidente de la SEMI.*

**Mar Domingo Teixidó**

*Médico de familia. CAP San Roc, Badalona (Barcelona).*

*Miembro del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC y Malalties del Cor de la CAMFiC.*

**Santiago Díaz Sánchez**

*Médico de familia. Área 1 de Atención Primaria, 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 MAGISTRAL

#### El papel de los inhibidores de DPP-4 en el control glucémico integral del paciente con diabetes tipo 2

Hora: 16.00-17.15 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3F-3G

##### Moderador:

**Mariano de la Figuera von Wichmann**

*Médico de familia. EAP Sardenya, CatSalut. Barcelona.*

##### Ponente:

**Francisco Javier Ampudia Blasco**

*Unidad de Referencia de Diabetes del Hospital Clínico de Valencia.*

Con la colaboración de un programa educativo no condicionado: Alianza Bristol-Myers Squibb y AstraZeneca.

### ENCUENTRO CON EL EXPERTO 4

#### La innovación farmacológica al servicio del paciente hipertenso y del paciente diabético

Hora: 17.45-19.15 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 1 / Auditorio 1A

##### Moderador:

**Ernest Vinyoles Bargalló**

*Médico de familia. CAP La Mina, Sant Adrià del Besòs (Barcelona).*

##### Ponentes y contenido:

1. Uso de IDRs y combinaciones en el manejo de la hipertensión en el paciente diabético y no diabético

**José Luis Górriz Teruel**

*Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.*

2. Vildagliptina, un inhibidor de la DPP-4.

Un avance en el control de la glucemia

**Juan Carlos Ferrer García**

*Unidad de Diabetes. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.*

Patrocinado por: Novartis.

### ENCUENTRO CON EL EXPERTO 5

#### Fibrilación auricular: nuevas oportunidades para nuestros pacientes

Hora: 17.45-19.15 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Auditorio 3A

##### Moderador:

**José Carlos del Castillo Rodríguez**

*Médico de familia. Dirección de Programas Asistenciales, Tenerife. Servicio Canario de Salud. Coordinador del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la SoCaMFyC.*

##### Ponentes y contenido:

1. El médico de familia en la prevención y control de la fibrilación auricular y sus complicaciones

**José M.<sup>a</sup> Lobos Bejarano**

*Médico de familia. Área 1, Madrid. Coordinador del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC.*

## 2. Uso práctico de antiarrítmicos en la FA: optimizando la elección terapéutica en cada paciente

**Agustín Pastor Fuentes**

*Cardiólogo. Unidad de Arritmias del Hospital Universitario de Getafe, Madrid. Sección de Electrofisiología y Arritmias de la SEC.*

### Resumen

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en el adulto y se asocia con mayor mortalidad y morbilidad, como un aumento de cinco veces la incidencia de ictus, independientemente del tipo de FA (permanente o no). Además puede deteriorar la función miocárdica tanto si existe o no una cardiopatía subyacente.

La estrategia de tratamiento se basa en el tratamiento anti-trombótico para la prevención del embolismo, y en una estrategia de control de ritmo (recuperar si es factible el ritmo sinusal) o de frecuencia (asumir la arritmia y mantener frecuencias cardíacas apropiadas). Para ello se debe seleccionar adecuadamente a los pacientes y elegir el mejor tratamiento de forma individualizada.

Patrocinado por: Sanofi Aventis.

### ENCUENTRO CON EL EXPERTO 6

## Avances terapéuticos en diabetes tipo 2: terapias basadas en incretinas

Hora: 17.45-19.15 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3F-3G

### Moderador:

Utilidad de las terapias basadas en las incretinas

**José Ramón Calabuig Alborch**

*Internista. Jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital La Fe, Valencia.*

### Ponentes y contenido:

1. Análogos de GLP-1, estructura y mecanismo de acción. Principales hallazgos de los estudios LEAD y estudios de extensión

**Jorge Navarro Pérez**

*Médico de familia. Coordinador del Grupo de Diabetes de la SVMFyC.*

2. Diferencias entre las terapias basadas en las incretinas. Estudio comparativo liraglutida frente a sitagliptina

**Esteban Jodar Gimeno**

*Endocrino. Jefe de Servicio Endocrinología del Hospital Quirón, Madrid.*

Patrocinado por: Novonordisk.

### ENCUENTRO CON EL EXPERTO 7

## Tecnologías de la información y desburocratización de la prescripción

Hora: 17.45-19.15 h

Feria Valencia. Foro Norte / Salón de actos

### Moderador:

**José Clérigues Belloch**

*Director General de Farmacia y Productos Sanitarios. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.*

### Ponentes:

ANDALUCÍA

**Alicia Aguilar Muñoz**

*Jefa de Servicio de Proyectos y Desarrollo. Servicio Andaluz de Salud.*

**Juan Suárez Varela Ubeda**

*Médico de Familia. Director del CS Porvenir, Sevilla.*

COMUNITAT VALENCIANA

**José Luis Trillo Mata**

*Área de Farmacia. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.*

**Miguel Prósper Sierra**

*Médico de familia. Responsable Abucasis, Dpto. La Ribera.*

CANARIAS

**Buenaventura Fernández San José**

*Director General de Farmacia. Servicio Canario de Salud, Consejería de Sanidad. Gobierno de Canarias.*

**Gustavo Moreno Valentín**

*Médico de familia. Servicio Canario de Salud.*

CATALUÑA

**Antoni Gilabert i Perramon**

*Gerencia de Atención Farmacéutica y Prestaciones Complementarias. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.*

### Resumen

En los últimos años hemos asistido a incorporaciones tecnológicas que están modificando la seguridad, selección, acceso y dispensación a los medicamentos financiados por los servicios de salud públicos. El encuentro pretende testar la situación en esta materia, desde la perspectiva de los impulsores de proyectos (Administración Sanitaria) como desde la perspectiva de los usuarios (médicos de familia) en los siguientes epígrafes:

- Receta electrónica como base de la desburocratización de la consulta.
- Servicios de asistencia (seguridad y agilidad) de los módulos de prescripción.
- Servicios de asistencia (guías interactivas) para facilitar la selección de los tratamientos más eficientes.

Patrocinado por: Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana).

## Comunicaciones orales

Sesión oral docente .....	104	Sesión oral 12.....	140
Docencia .....	104	Hipertensión arterial.....	140
Sesión oral 1.....	107	Neurología / Cerebrovascular.....	141
Gestión, atención y calidad asistencial.....	107	Salud mental / Burnout.....	141
Sesión oral 2.....	109	Sesión: Mejores comunicaciones.....	142
Enfermedad cardiovascular / Factores de riesgo cardiovascular .....	109		
Sesión oral 3.....	112		
Gestión, atención y calidad asistencial.....	112		
Sesión oral 4.....	115		
Anticoagulación / Antiagregación .....	115		
Diabetes y síndrome metabólico .....	117		
Dislipemias / Nutrición / Obesidad.....	118		
Sesión oral 5.....	118		
Medicamentos / Medicina alternativa .....	118		
Validación de estudios.....	120		
Medicina y medios de comunicación.....	121		
Sesión oral 6.....	122		
Atención al anciano.....	122		
Cáncer.....	124		
Sesión oral 7.....	125		
Enfermedades infecciosas.....	125		
EPOC y enfermedades respiratorias.....	126		
Sesión oral 8.....	128		
Alcohol y drogadicción.....	128		
Atención al adolescente.....	129		
Tabaquismo.....	129		
Violencia doméstica.....	130		
Sesión oral 9.....	131		
Otros / Miscelánea.....	131		
Sesión oral 10.....	135		
Urgencias.....	135		
Atención al cuidador.....	137		
Digestivo.....	137		
Sesión oral 11.....	138		
Osteoporosis / Aparato locomotor.....	138		

### NOTA:

Todas las comunicaciones se podrán consultar en Internet mediante el DOI®System (Digital Object Identifier). Este sistema permite identificar contenidos en el entorno digital. Cada comunicación tiene su correspondiente DOI®.

El digital object identifier (DOI) asegura la identificación persistente de contenidos, en general o en cualquier tipo de soporte, en redes digitales. Una forma común de emplear el sistema DOI es dar a las publicaciones o contenidos de formación científicos un nombre específico, a modo de referencia, que cualquiera pueda utilizar para localizarlos a través de la Red. Basta con añadir dicho nombre tras <http://www.dx.doi.org/>.

La accesibilidad es su mayor diferencia con otros identificadores como el ISBN o el ISSN, mientras que respecto a un sistema basado en las URL usado en las páginas Web, el sistema DOI tiene la ventaja y la vocación de permanencia, de no cambiar con el paso del tiempo, aunque el artículo sea reubicado en una dirección distinta, lo que asegura la continuidad del acceso al contenido digital.

Puede utilizarse como referencia curricular y como referencia bibliográfica, siendo actualmente aceptado por la mayoría de repositorios bibliográficos a nivel mundial, como Medline. Es un registro que gestiona mejor la propiedad intelectual en un mundo interconectado, de forma controlada y automatizable.

El sistema DOI está gestionado por la International DOI Foundation, un consorcio abierto con colaboradores con ánimo o sin ánimo de lucro, y ha sido aceptado por ISO como sistema de estandarización. Las agencias registradoras en Europa, EEUU, Australia y Asia, ya han registrado más de 40 millones de nombres DOI, entre 2000 y 2009.

Para consultar en Internet las comunicaciones aceptadas en el 30º Congreso de la semFYC, sólo deberá introducir en la barra de su navegador la dirección DOI completa que aparece debajo de los datos de cada comunicación. Por ejemplo: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.5>

**SESIÓN ORAL DOCENTE**

Miércoles, 16 de junio / 16.00-18.00 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4C

**Docencia****//// ID 55**

Taller educativo sobre activación del sistema de emergencias (S.E.M.)

Rodríguez Martínez M, Cano Bernal E, Fernández Del Barrio M, Santana Prieto I

*UCG del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias; Dirección de Salud del Distrito Sanitario Jerez-Costa Noroeste; UD de MFyC de Cádiz; Colegio Nuestra Señora del Pilar de Jerez. Jerez de la Frontera (Cádiz). Andalucía*

Correo electrónico: [escorpio.64@hotmail.com](mailto:escorpio.64@hotmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.55>

**Objetivos de la experiencia.** Concienciar a la población de la importancia de conocer y activar la cadena de supervivencia, adquiriendo las habilidades necesarias para ello. Formar a estudiantes de 4.º de la ESO en el reconocimiento de situaciones que requieren la rápida y correcta activación del S.E.M. Aportar conocimientos sobre estructura y funcionamiento del S.E.M. Adquirir habilidades para su correcta activación.

**Descripción de la experiencia.** En la actividad participaron un médico del dispositivo de Urgencias, un médico residente de familia y alumnos de 4.º de la ESO con edades entre 15 y 17 años. Tras pasar un cuestionario para evaluar conocimientos previos, se realizó la exposición con diapositivas, de los conceptos esenciales, finalizando con talleres prácticos en los que se escenificaron supuestos previamente diseñados. Cada caso tiene unos objetivos específicos que identifican situaciones que influyen en la activación y respuesta del S.E.M. e indicadores que miden la modificación de conductas. La adquisición de conocimientos se midió con cuestionarios. Finalmente los alumnos elaboraron un mural resaltando la importancia del primer eslabón de la cadena de supervivencia.

**Conclusiones.** La tercera parte de los participantes no tenía formación previa, desconociendo, los números de emergencia, los conceptos de urgencia/emergencia y la importancia del primer eslabón de la cadena de supervivencia. Ignoraban la estructura, funcionamiento del S.E.M. y cómo activarlo. Los alumnos consiguieron un conocimiento adecuado de los teléfonos de emergencia, el funcionamiento y estructura del centro coordinador y las pautas de actuación ante una emergencia.

La experiencia ha sido valorada de forma positiva por los alumnos y consideran que debe extenderse al colectivo.

**//// ID 56**

Del libro del especialista en formación a un portfolio integral

Cantería Martínez R, Juncosa Font S, Vilert Garrofa E, González Ares J, Copetti Fanlo S, Tamayo Ojeda C

*UD de MFyC, Instituto de Estudios de la Salud. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: [valoraciformativa@gencat.cat](mailto:valoraciformativa@gencat.cat)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.56>

**Objetivos de la experiencia.** Articular el proyecto del portafolio del residente y el libro del especialista, para que dentro del marco legal, incorpore una práctica reflexiva en su residencia que le sea útil en el resto de su vida profesional.

**Descripción de la experiencia.** 17 unidades docentes (850 residentes y 540 tutores) llevan años implantando elementos objetivos (tareas) que muestran que el proceso de aprendizaje se está realizando y posibilitan la autorreflexión del residente.

La obligatoriedad del libro del especialista ha condicionado cambios de estrategia. Nuestro portfolio electrónico actual consta de: cronograma formativo, guía de competencias (documento guía) y tareas que junto a los indicadores operativos seleccionados de cada área del programa y la autorreflexión básica ayudan a la evaluación formativa.

Se han realizado 1.643 tareas-autorreflexiones cuya distribución asegura que se valoran todas las áreas del programa: 308 sesiones clínicas, 205 proyectos de investigación, 170 videograbaciones, 115 mini-cexs, 115 *self-audits*, 140 maniquís, 131 búsquedas bibliográficas, 139 incidentes críticos (clínicos-éticos), etc.

**Conclusiones.** El formato actual del portfolio es un buen instrumento para la valoración formativa, estimula la autorreflexión, recoge elementos objetivos del progreso competencial e integra de forma coherente el programa y libro del especialista. El residente es el protagonista, autoreflexiona, identifica y planifica mejoras para consolidar competencias. Nos queda pendiente el estudio de satisfacción, pendiente de resultados.

**//// ID 118**

Curso práctico para la elaboración y presentación de comunicaciones científicas para residentes de primer año de Medicina de Familia

Fernández Casalderrey C, Gil Latorre F, Tomás Aguirre F, Segura Marín F

*UD de MFyC de Valencia. Valencia. Comunidad Valenciana*

Correo electrónico: [gil\\_fra@gva.es](mailto:gil_fra@gva.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.118>

**Objetivos de la experiencia.** Capacitar a residentes de Medicina de Familia y Comunitaria, para la elaboración, con programa Power Point, de comunicaciones científicas y que adquieran los conocimientos y técnicas necesarios para la correcta expresión oral de sus presentaciones.

El alumno será capaz de: realizar un póster o presentación con el programa informático Power Point; aplicar normas de estilo para preparar una presentación; presentar en público un póster y una comunicación oral con seguridad, convicción y credibilidad.

**Descripción de la experiencia.** Duración: 10 horas de Power Point y 10 horas de presentación oral videograbada. Con PowerPoint se enseña cómo elaborar comunicaciones científicas (presentación, póster, etc.). Cada alumno exponía su presentación oral mientras era videograbado por un monitor y evaluado por sus compañeros mediante planilla que recogía los principales elementos comunicacionales.

Durante la videoreproducción el alumno se autoevaluaba con hoja de análisis de videograbación, posteriormente recibía *feed back* constructivo de compañeros y del monitor tanto de aspectos de forma como de contenido.

**Conclusiones.** De los monitores:

- La experiencia de ser videograbados, y recibir *feed back* tanto de compañeros y profesor es una poderosa herramienta docente que combina la transmisión de conocimientos con la experiencia, análisis y aportaciones de los asistentes.
- Precisa número reducido de alumnos y más de un monitor.



De los alumnos mediante encuesta:

- Metodología: muy práctica.
- Conocimiento de uno mismo, detectar fortalezas y debilidades.
- Conocer técnicas de comunicación en público.
- Controlar la impresión que causamos en los demás.
- Adquirir seguridad y confianza.
- La mitad opinan que los alumnos conocían el Power Point y que sobran 5 horas de aula informática.

### /// ID 126

Uso racional del medicamento basado en casos clínicos  
Nieto Pomares M, Saiz Morón A, Gómez García J,  
Arcones Segovia J, Andrés Llamas J, Méndez García M  
CS Palacio de Segovia. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: maria\_niepom@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.126>

**Objetivos de la experiencia.** Preparar y realizar un taller de terapéutica por los médicos de un centro de salud dirigido al resto de médicos del Área con el fin de actualizar conocimientos para una prescripción farmacológica adecuada.

**Descripción de la experiencia.** *Metodología:* para intentar hacer más atractiva y cercana la formación en el uso racional de los medicamentos se propuso a la Gerencia del Área, realizar un taller basado en casos clínicos, por los médicos de un centro. Se priorizaron 36 casos clínicos de patologías agudas y crónicas frecuentes. Cada profesional se responsabilizó de 2 casos, revisó su evidencia científica y elaboró la presentación de 6-8 diapositivas que incluía el caso, un test para valorar conocimientos, exposición teórica, bibliografía recomendada. Todas las presentaciones fueron valoradas por dos médicos del centro que plantearon correcciones, nuevas búsquedas bibliográficas y uniformidad de estilo. Posteriormente el resto del equipo aportó ideas sobre cada caso. Se solicitó acreditación del organismo autonómico. *Docentes:* todos los médicos de familia (13) y residentes de cuarto (5) del centro. *Presentación:* duración 10 horas, cada caso 15 minutos. Se han hecho 2 talleres con aforo completo. Muy interactivos, muchas intervenciones de los asistentes. Se entregó todo el material en CD. *Evaluación de asistentes (0-10):* Contenidos (9,04), metodología (9,13), utilidad (8,81), aprendizaje (8,59), interés (9,04), documentación (9,27), duración (8,36), global (9,13). *Evaluación de docentes:* Muy participativo, sensación de haber aprendido, satisfacción y mayor cohesión.

**Conclusiones.** Alta participación y satisfacción por la metodología de los médicos del centro. Buena evaluación de los asistentes por su utilidad.

### /// ID 312

Compartir el conocimiento entre las unidades de Atención Primaria: proyecto «KASBIDEAN»

Arbonies Ortiz J, Rodríguez Ramírez C,  
Herranz González J, Bustinduy Bascarán A,  
Rotaache Del Campo R, González Lombide E

Comisión de Formación Continuada Comarca Gipuzkoa Ekailde  
Osakidetza. Donostia. País Vasco

Correo electrónico: aizk16@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.312>

**Objetivos de la experiencia.** Estimular las actividades formativas (AF) en las propias unidades de Atención Primaria (UAP). Compartir el conocimiento entre UAP. Aprovechar e incentivar a los profesionales con capacidad docente de la comarca. Incrementar el número y calidad de las sesiones formativas en los centros de salud.

**Descripción de la experiencia.** La evaluación de la comisión de formación continuada (FC) detectó como barreras para FC: ausencia de ponentes, desplazamiento de los profesionales a las AF centralizadas y falta de sustitutos para cubrir las ausencias. En septiembre 2009 se pone en marcha el proyecto por el que los profesionales de la comarca, de cualquier estamento, dispuestos a dar docencia, ofertan en la página web las sesiones que han presentado anteriormente en su UAP. Una vez seleccionadas, por criterios de calidad por la comisión de FC, se difunden a través de la página web y los responsables docentes de las UAP eligen las idóneas para su plan de formación. Se ofrece la posibilidad de publicar las sesiones en un blog específico. Tras 5 meses de proyecto, se han realizado 33 sesiones formativas en 16 centros de salud diferentes. Han participado 9 docentes y 442 alumnos. En el blog están disponibles 9 sesiones.

**Conclusiones.** Es necesario potenciar el intercambio de conocimiento entre los profesionales y el reconocimiento de personas que realizan esfuerzos docentes y adaptar la FC en las UAP a los cambios del entorno sanitario. Como mejoras se proponen utilizar las nuevas tecnologías para compartir el conocimiento (blogs, sesiones compartidas, etc.) para aprovechar mejor el conocimiento existente en la organización.

### /// ID 392

Sesiones clínicas asíncronas: cómo mejorar la formación clínica con el uso de herramientas 2.0

Roa Santervás L, Gutiérrez Gabriel S, Spangler U,  
Sánchez Amo L, Quero Escalada M,  
Fernández Vidaurreta I

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: leonor.roa@web.de

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.392>

**Objetivos de la experiencia.** Aumentar la difusión y participación en las sesiones de actualización aprovechando las múltiples herramientas de libre acceso de la web 2.0.

Facilitar la colaboración de los miembros de un grupo de trabajo desde su domicilio y el acceso/elaboración de documentos de consenso. Evaluar de forma unánime las actividades formativas.

**Descripción de la experiencia.** Se diseñó un blog de acceso restringido a médicos y residentes que permite visualizar las sesiones desde cualquier punto con acceso a Internet, evaluarlas y plantear dudas. A través del correo electrónico se invitó a participar en el blog y se informó de cómo acceder. Con cuentas asociadas, todos podían aportar sus comentarios y dudas. Las sesiones están siendo introducidas por áreas temáticas, tras las presenciales y llevan asociados un cuestionario de evaluación y un foro de comentarios con el que se pretende que la persona responsable de la sesión responda a dudas y genere un debate en torno al tema.

**Conclusiones.** Las nuevas herramientas de la llamada web 2.0 disponibles en Internet tienen una gran utilidad para el médico de familia tanto en centros de salud como en servicios de urgencias hospitalarios. En nuestro caso el blog mejora la accesibilidad del profesional a documentos de consenso e información, da lugar a una discusión asíncrona y refuerza el sentimiento de equipo de trabajo. En un primer análisis la mayoría de profesionales reconocen su utilidad, son capaces de manejarla y la encuentran más atractiva que la literatura clásica.

**//// ID 416**

*Medicine wars*: un blogfolio del residente de Medicina Familiar y Comunitaria

Boronat Moreiro J, Oliva Fanlo B, Molero Alfonso C, Maldonado N

CS Calvià. Calvià (Mallorca). Illes Balears

Correo electrónico: bolivaf@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.416>

**Objetivos de la experiencia.** Se inició un blog (<http://medicinewars.wordpress.com>) que pretendía ser un diario compartido de la última rotación de la especialidad de Medicina de Familia: el centro de salud. Se utilizó la analogía de la formación de los caballeros Jedi en la saga de la Guerra de las Galaxias para contar año y medio en los que el Residente (Padawan) de tercer año pulió su estilo y perfecciona sus habilidades y el Tutor (Obi-Wan) se replantea constantemente su actitud mientras procura que el día a día arrollador, las Gerencias, los laboratorios y el dejarse llevar no atraigan a ambos al lado oscuro de nuestra especialidad.

**Descripción de la experiencia.** Se publicaron 45 entradas entre el 28/12/2007 y el 22/5/2009, escritas a medias entre el tutor y el residente. Los temas tocados con mayor frecuencia fueron: formación, profesión, formación humana, docencia, tutor, fármacos, futuro, entrevista, rotaciones y uso racional. Se recibieron 169 comentarios aprobados y 16.519 visitas. Desde que se cerró el blog se siguen recibiendo una media de 15 visitas/día. Nuestro blog apareció citado y enlazado en varios blogs y páginas sanitarias.

**Conclusiones.** Llevar un diario en forma de blog por parte del residente con o sin el tutor puede ser un buen complemento al portafolio de la especialidad. Va más allá de simplemente documentar una actividad realizada. Obliga a sentarse a escribir y reflexionar tanto sobre las experiencias médicas como sobre el estado de la especialidad. El hecho de estar en Internet ofrece además la posibilidad de compartir y comentar las experiencias y opiniones con otros, con mutuo enriquecimiento.

**//// ID 579**

Sesiones clínicas por videoconferencia

Casasa Plana A, Mitjavila López J, Salvà Siquier A, Giner Martos M, Navarro González M, Vilaseca Llobet J

EAP Sardenya; CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: acasasa@eapsardenya.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.579>

**Objetivos de la experiencia.** Conectar diferentes centros de salud por videoconferencia de forma estable para realizar sesiones clínicas.

**Descripción de la experiencia.** Se realizó una prueba piloto. Fueron tres los centros de salud que participaron en la experiencia. Las sesiones estaban abiertas a otros centros que dispusieran de la tecnología. Se confeccionó un calendario con 10 sesiones clínicas. Los ponentes surgieron de los centros participantes a partir de sus propias propuestas. Se incluyeron en el calendario de sesiones de cada centro. Se realizaron en horario de sesiones de 14 a 15 horas. Se llevaron a cabo 9 de las 10 sesiones. Una no pudo ser por problemas técnicos. Las sesiones permiten la relación entre el ponente y los asistentes en los tres centros y aunque la tecnología interfiere en un poco de lentitud y calidad se consigue establecer bidireccionalidad y debate.

**Conclusiones.** La prueba piloto nos confirma el interés y las posibilidades de la videoconferencia para realizar sesiones (y otras actividades como cursos) de forma simultánea en

un número ilimitado de centros. Tiene una gran potencialidad al realizarse en horario laboral, sin desplazamiento y accediendo a ponentes a distancia.

**//// ID 661**

Concretando tareas para facilitar la enseñanza en el centro de salud

Garrido Barral A, Rodríguez Barrientos R

UD de MFyC del Área 5. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: [agarrido.gapm05@salud.madrid.org](mailto:agarrido.gapm05@salud.madrid.org)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.661>

**Objetivos de la experiencia.** Priorizar objetivos docentes, competencias y tareas concretas a realizar por el residente de primer y cuarto año en centro de salud. Facilitar la tarea docente y evaluadora de tutores

**Descripción de la experiencia.** Dos grupos de trabajo de tutores, técnico de salud y coordinadora, elaboraron documentos posteriormente aprobados por comisión docente y difundidos en jornada tutores, visitas a centros y correo electrónico. Implantación: R1 junio 2008; R4 junio 2009. Estructura del documento: objetivos, competencias priorizadas y cronograma de tareas asistenciales: cuándo, dónde y cómo se desarrollarán las tareas.

– R1: Competencias esenciales: abordar en sesiones razonamiento clínico, agenda calidad; cartera de servicios, uso racional de recursos y medicamentos, organización del equipo. Tareas clínicas: apertura de historia y seguimiento a un anciano y tres pacientes con factores de riesgo cardiovascular; dos visitas a paciente domiciliario asignado; seguimiento y gestión de caso socio-sanitario con enfermera y trabajador social; realizar actividades preventivas (PAPPS) a cinco pacientes de diferentes grupos poblacionales. Tarea docente: Impartir mínimo dos sesiones basadas en pacientes asignados.

– R4: Enfatiza competencias y tareas complejas. Comunicación: paciente difícil, entrevista motivacional, asertividad. Análisis prescripción farmacéutica en polimedicados; asignación dos pacientes domiciliarios (cuatro visitas/paciente); seguimiento y gestión caso sociosanitario; abordaje caso atención familiar; análisis de calidad de cinco derivaciones a especialista; participación en una actividad de EPS o comunitaria; al menos cuatro sesiones: revisión de guía práctica clínica; revisión bibliográfica para contestación pregunta clínica; presentación caso atención familiar; presentación caso sociosanitario.

**Conclusiones.** Mediante consenso se elaboró un documento-guía de tareas concretas para orientar y facilitar tutorización.

**//// ID 809**

Impacto de la realización de la prueba ECEO en una Unidad Docente de MFyC

Salas Hospital J, Rodríguez Espinosa A, Martínez Ibáñez M

UD de MFyC de Las Palmas I y II. Las Palmas. Islas Canarias

Correo electrónico: [udmfyclp@gmail.com](mailto:udmfyclp@gmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.809>

**Objetivos de la experiencia.** Incluir la prueba de evaluación de la competencia objetiva y estructurada (ECEO) en el plan de evaluación formativa de los residentes de cuarto año de nuestra Unidad Docente.

**Descripción de la experiencia.** Hemos elaborado una prueba ECEO para las dos últimas promociones de residentes de último año. Las pruebas estaban constituidas por 13 estacio-

nes (6 pacientes simulados, 1 maniquí de RCP, 1 documento médico, 1 búsqueda bibliográfica, 1 pregunta estructurada y 3 pictoriales). Ambas promociones obtuvieron puntuaciones en el rango aceptable, 69 % y 71 %. Después de la prueba, se realizó una tutoría con cada residente para darle los resultados de la prueba. En esta tutoría se destacaban las estaciones y las competencias mejor valoradas, así como aquellas susceptibles de mejora. Los resultados de las estaciones se correlacionaban estrechamente con la percepción de los residentes. También hubo una buena correlación entre los resultados de la prueba y la evaluación sumativa. La resistencia de los residentes a realizar esta prueba fue importante, pero su opinión cambió después.

**Conclusiones.** Introducir la ECOE dentro del plan de evaluación formativa ha tenido importantes repercusiones en nuestra Unidad. Su realización ha sido una oportunidad para involucrar a los tutores en el proceso de elaboración y evaluación de las estaciones. Podemos orientar el aprendizaje de los residentes en determinadas áreas a través de su inclusión como estación. Antes de la prueba, los residentes estudian y repasan con sus tutores los temas más prevalentes en Atención Primaria. La prueba fue motivo de tutoría entre residentes y tutores.

Los resultados han desencadenado acciones dirigidas a mejorar lo susceptible de mejorar.

#### SESIÓN ORAL 1

Jueves, 17 de junio / 09.30-11.30 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4C

### Gestión, atención y calidad asistencial

#### /// ID 297

*Continuum* asistencial en Atención Primaria: la enfermera de enlace

Rivero Morcillo A, Valsera Robles A, Blasi Codinach A, Rivero Morcillo N, Ferriz Villanueva G, Monclús González M

ABS Sagrada Familia. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: gemma.ferriz@sanitatintegral.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.297>

**Objetivos.** Descripción y análisis del protocolo PREALT. Valoración de la «enfermera de enlace».

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal en una ABS urbana con una población asignada de 23.656 pacientes. Descripción de una muestra compuesta por todos los pacientes incluidos durante el año 2009 en el protocolo PREALT: pacientes asignados a nuestra área básica de salud, que fueron alta de algún centro hospitalario de agudos o sociosanitario (CSS), desde el que se notificaba su alta hospitalaria a nuestro equipo, mediante la enfermera de enlace, que establecía un primer contacto telefónico con el paciente o cuidador y valoraba, y gestionaba la necesidad o no de algún recurso (visita domiciliaria, etc.).

**Resultados.** 273 pacientes incluidos en PREALT durante 2009. 61,2 % mujeres; 85,2 % > 74 años; resto entre 45 y 73 años. Origen: 89,12 % hospital de referencia; 9,61 % CSS de zona. Un 82,19 % requirieron algún tipo de procedimiento terapéutico de enfermería (cura). 94,17 % cumplían criterios de anciano frágil (el principal criterio fue la necesidad de recibir curas a domicilio). 7,5 % presentaban patología terminal. En todos los casos se estableció contacto telefónico en las primeras 24 horas posteriores al alta hospitalaria y el

97,24 % requirieron visita domiciliaria que tuvo lugar en las primeras 48 h.

**Conclusión.** El protocolo PREALT y la enfermera de enlace son una buena herramienta en el manejo del paciente, generalmente frágil o con complejidad, una vez éste es alta del hospital o centro sociosanitario donde estaba ingresado. Así mismo optimiza la correcta valoración y gestión de sus necesidades sanitarias, consiguiendo la continuidad asistencial hospital-Atención Primaria.

#### /// ID 789

Estudio EVI+D telederma. ¿Es posible diagnosticar cáncer de piel fuera del entorno asistencial?

Vega Gutiérrez P, Ruz Casaus M, Gálvez Cortés M, De Federico Mesa F, Herrera Acosta E, López Casado M

Servicios y Soluciones de Salud Evita SL. Málaga. Andalucía

Correo electrónico: vegaguti@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.789>

**Objetivos.** Analizar la validez de la teledermatología fuera del ámbito sanitario como método apto para el cribado del cáncer de piel.

**Material y métodos.** Estudio experimental no aleatorizado, prospectivo y controlado, de concordancia de procedimiento. *Ámbito:* Personas adscritas a un área de atención hospitalaria. *Criterios inclusión:* personas adscritas a un área sanitaria con lesiones cutáneas sospechosas (presentan algún punto de la Regla del ABCD y/o 3 o más puntos en el test de los 7 puntos de Glasgow), que acuden espontáneamente a ser testados en *stands* informativos ubicados en playas, zonas de interior, farmacias, gimnasios y empresas. *Criterios exclusión:* < 18 años, población no adscrita al área hospitalaria, personas en seguimiento por Dermatología. *Intervención:* se realiza una teleconsulta dermatológica, los datos se envían telemáticamente a un dermatólogo que emite un diagnóstico. Todos los pacientes son atendidos por otro dermatólogo en consulta presencial. Se comparan ambos diagnósticos. *Variables:* edad, sexo, pronóstico lesión telederma, pronóstico lesión consulta presencial, lesión sospechosa de malignidad diferente a la consultada, sensibilidad, especificidad, índice de validez, valor predictivo +, valor predictivo -, razón verosimilitud-, razón verosimilitud +, índice de Youden.

**Resultados.** 480 pacientes incluidos, 139 abandonos. Edad media: 45 años. Sexo: 31,32 % varones, 68,68 % mujeres. Pronóstico TD: Benigno: 91,7 %, Maligno: 8,3 %. Pronóstico presencial: Benigno: 94,49 %, Maligno: 5,51 %. Lesión sospechosa diferente a consultada: 1,17 % de los casos. Sensibilidad: 84,21 % (IC 95 % 65,18-100). Especificidad 96,31 (IC 95 % 94,10-98,51). Índice de validez: 95,64 % Valor Predictivo +: 57,14 %. Valor Predictivo -: 99,05 %. Razón de verosimilitud -: 0,16. Razón de verosimilitud +: 22,81. Índice de Youden: 0,81. Análisis de resultados: paquete estadístico SPSS v.17.

**Conclusión.** El método valorado es válido para realizar cribado del cáncer de piel.

#### /// ID 11

Desarrollo de líneas de trabajo con la incorporación de metodología de calidad en una Unidad de Gestión Clínica

Bonillo García M, Guerrero García F, Gálvez Ibáñez M, Ferrer Luque F, Huertas Jiménez J, Puertas Tamayo A

UGC Gran Capitán, Distrito Sanitario Granada, Servicio Andaluz de Salud. Granada. Andalucía

Correo electrónico: mariaa.bonillo.sspa@juntadeandalucia.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.11>

**Objetivos de la experiencia.** Diseñar e implantar el Plan de Calidad 2008-2011 que establece como primer objetivo estratégico: desarrollar líneas de trabajo que incorporen metodologías de mejora continua e impulsen la acreditación del modelo de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía para Unidades de Gestión Clínica (UGC) y Competencia Profesional.

**Descripción de la experiencia.** UGC, 80 profesionales, 40.000 habitantes, urbana, nivel socioeconómico medio-alto. Para implantar la mejora continua como método de trabajo y alcanzar los resultados esperados se ha creado un Sistema de Gestión de la Calidad (coordinación de calidad, comisión de calidad y grupos técnicos de calidad); estable, dinámico y participativo, que ha coordinado y liderado los dos procesos de acreditación.

Se ha diseñado un cuadro de mando para la acreditación de la unidad, que ha sido un elemento facilitador en el seguimiento y cumplimentación de 65 estándares (342 evidencias, 413 documentos adjuntos y 71 áreas de mejora), con la participación activa de 31 profesionales y 27 reuniones de equipo. Tienen la acreditación por competencias 10 profesionales de la unidad de diferentes categorías. Se han creado foros virtuales en la web de la unidad como herramienta de ayuda para la comunicación de todo el equipo.

**Conclusiones.** La participación multidisciplinar en los diferentes procesos de acreditación ha mejorado la dinámica del trabajo en equipo. La implicación de la dirección, la inclusión de los procesos de acreditación en los objetivos del acuerdo de gestión y la puesta en marcha de áreas de mejora han sido fundamentales para el cumplimiento del primer objetivo estratégico del plan de calidad.

#### //// ID 164

**Gestión de enfermería más allá de la Unidad Básica Asistencial, experiencia en un centro de salud**  
De Pedro Elvira B, González De Paz L, Devant Altimir M, Serrato Villa M, Sebastián Montal L

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: lgonzale@clinic.ub.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.164>

**Objetivos de la experiencia.** Adaptar la consulta de enfermería del centro de salud a la realidad de la oferta y de la demanda. Aplicando un sistema versátil y dinámico que ofrezca una mayor accesibilidad, calidad y concrete los servicios de enfermería del centro de salud.

**Descripción de la experiencia.** En la presente experiencia se describe como la aplicación en un centro de salud urbano nuevo sistema de gestión de los servicios de enfermería. Se partía de un sistema de atención basado en la Unidad Básica de Atención (UBA) formado por dos médicos de familia y una enfermera. Para desarrollar el nuevo sistema de organización se realizó una valoración de los servicios que requerían los pacientes de la enfermera, de las prestaciones y sinergias que se establecen con el médico de familia y de los problemas percibidos por la enfermera en la gestión de la agenda diaria. Consecuencia del análisis se diseñó un nuevo sistema basado en tres ejes de atención: gestión de la demanda no programada, cuidado de las enfermedades crónicas y actividades comunitarias. El proyecto se inició durante el año 2009 y actualmente todavía está en fase de progresiva aplicación.

**Conclusiones.** La gestión de la consulta de enfermería basada en ejes de servicios es un sistema eficaz que puede ser válido para afrontar nuevas coyunturas asistenciales, cambios demográficos y exigencias de servicios. El cambio re-

quiere de una nueva orientación y la gestión ha de realizarse con atención a todos los agentes que intervienen: Enfermería, Medicina de Familia y de las Unidades de Atención al Usuario.

#### //// ID 170

**Visitas sin paciente: optimizando el tiempo de consulta**  
Ríos Valles L, Margalef Pallares F, Asensio Vidal M, Bordell Sierra T, Guillén López A, Novillo M

ABS Cambrils. Cambrils (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: lrios@grupsgessa.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.170>

**Objetivos de la experiencia.** Conocer la eficacia de nuevos tipos de visita en las agendas de los médicos de familia (MF) y su impacto en la accesibilidad.

**Descripción de la experiencia.** Se eligen las agendas de 5 MF, con cupos similares. Se definen nuevos tipos de visita que no necesitan la presencia del usuario (visita sin paciente).

Tipos de visita: 1) resultados pruebas complementarias (RE); 2) control incapacidad laboral (IT); 3) informes (INF); 4) revisión medicación crónica (MED); 5) consulta telefónica (TTO) para seguimiento de tratamientos.

Se generan 10 visitas sin paciente al final de la agenda, de 5 minutos. Sólo pueden utilizarlas los profesionales sanitarios. Se evalúa a los 3 meses la lista de espera de dichas agendas en relación con 5 agendas sin cambios. Se realizan 50 nuevas visitas semanales en 250 minutos (4,1 h/sem) frente a los 350 minutos (5,8 h/sem) de las agendas no modificadas. En tres meses han pasado de una lista de espera de 4 días de media a 1 día, las agendas no modificadas 3,8. Desaparece el absentismo al depender únicamente del profesional. Cada médico tiene 20 minutos diarios para 4 visitas espontáneas más sin aumentar su tiempo de consulta.

**Conclusiones.** Mejor accesibilidad de los usuarios al disminuir la lista de espera. Los usuarios están satisfechos por disminuir las visitas al centro. Los profesionales optimizan su tiempo y evitan distorsiones, generándose menos estrés.

#### //// ID 181

**Coordinación con Atención Primaria. Sinergias entre generalistas (medicina de familia/medicina interna)**  
Molino González Á, Pedrajas Navas J, Martinena Pardial E, Moreno Bueno M, Ortuño Sierra M, Lillo Pérez T

EAP Yébenes, Área 7; Hospital Clínico de San Carlos. Madrid.

Comunidad de Madrid

Correo electrónico: ammolino@telefonica.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.181>

**Objetivos de la experiencia.** Panorama: colapso de urgencias, listas de espera en consultas y pruebas complementarias, búsqueda de atajos, aumento de pacientes complejos, crónicos, pluripatológicos, multivisitados. Consenso en la necesidad de coordinar niveles asistenciales y una historia de no pocos fracasos. **Objetivos:** reorganizar un servicio de Medicina Interna orientando sus recursos a Atención Primaria de Salud (APS). Aumentar la accesibilidad, mejorar la eficiencia en la solución de problemas diagnósticos y terapéuticos, evitar el uso de urgencias e ingresos, mejorar circuitos de información clínica y tiempos de respuesta, evitar multiconsultas, avanzar en historia clínica conjunta, compartir políticas de uso racional de medicamentos y pruebas complementarias.

**Descripción de la experiencia.** Ámbito: un servicio de Medicina Interna y 6 centros de salud urbanos. *Primera fase* (2006-2008): cada centro de salud asigna un internista de referencia con móvil disponible en turno de mañana y tarde. Consenso telefónico en prioridad y recurso apropiado (consulta externa, hospital de día, hospitalización domiciliaria, ingreso). Internista como unidad de primera respuesta y agente en el hospital (especialidades o complementarios fuera de catálogo o demoras no admisibles). Los pacientes que acudiendo a urgencias requieran consulta o ingreso en medicina interna procedentes de esas zonas básicas lo harán a cargo de los internistas de referencia. Evaluación: encuesta de satisfacción y análisis de casuística. *Segunda fase* (2009): Integración de un internista (consulta semanal) en uno de los centros de salud con uso de OMI para citación y registro clínico. Catálogo abierto.

**Conclusiones.** Alto grado de satisfacción entre médicos de familia tanto en accesibilidad como en resolución de problemas. Un tercio de la casuística correspondió a patología maligna.

### /// ID 301

«No em trobo bé»: implantación participativa de la gestión de la demanda aguda por Enfermería en un centro de salud

Blasco Alvaredo J, Izquierdo I, Murria J, Forcadell E, Martínez Dueso I, Morales Luna A

ABS Ulldecona-La Sènia. Ulldecona-La Sènia (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: jblasco.ebre.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.301>

**Objetivos de la experiencia.** Implantar la GD con la participación del EAP.

**Descripción de la experiencia.** *Una demanda cambiante... una organización rígida:* la presión asistencial ha cambiado (inmigración, necesidad de inmediatez en la respuesta, «medicalización» de problemas de todo tipo). Nuestras agendas están llenas con pacientes crónicos. En 7 meses (2009) nuestro centro (6.362 habitantes) registra 655 usuarios menores de 40 años, solicitando atención «urgente» porque no aceptaban una cita demorada. *Un cambio organizativo:* toda solicitud de visita inmediata es dirigida a enfermería, que resuelve según protocolo o deriva (inmediatamente/diferida) al médico. Protocolos de los motivos de consulta aguda más frecuente, con algoritmo de actuación enfermera. En marzo 2009 implantamos la GD. *Evaluación:* al inicio, cada profesional implicado elabora un DAFO del proceso, destacando: debilidades (dudas legales, formación, enfermería sobrecargada, no interiorización como tarea enfermera, variabilidad en el proceso, generar una consulta de resolución rápida, sentimiento de intrusión en algunos médicos), fortalezas (ordena la demanda «urgente» como atención inmediata o demorable, trabajo en equipo, objetivo incentivado, crecimiento profesional).

Visitas de GD 2009 (9 meses): 4.538. Resueltas por enfermería 1.581. Propuestas de mejora:

- Reestructuración agendas de enfermería.
- Los «papeleos»: gestión en admisión.
- Explicar la GD en medios de comunicación.

**Conclusiones.** El éxito de la GD depende de implantarla participativamente. Así gestionamos mejor el tiempo del profesional, utilizando la competencia enfermera y la colaboración entre profesionales.

### /// ID 306

Mejora de la calidad asistencial: índice sintético

Férriz Villanueva G, Fernández Martínez F,

Valsera Robles A, Ballestar Palacio N, Blasi Codinach A, Monclús González M

ABS Sagrada Familia. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: gemma.ferriz@sanitatintegral.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.306>

**Objetivos de la experiencia.** Descripción del índice sintético (IS) como herramienta para la optimización de la calidad clínico-asistencial en Atención Primaria.

**Descripción de la experiencia.** Implementación en un ABS urbana (población asignada 23.656) del IS: identificación por un equipo multidisciplinar (medicina, enfermería, técnico salud y epidemiólogo) de los problemas de salud más prevalentes atendidos y elaboración de los subindicadores (para cada estamento) que definían su correcto y eficiente manejo y control, para su cuantificación (acorde a los indicadores de los objetivos asistenciales del CatSalut). Ponderación de los subindicadores en tres niveles según su complejidad intrínseca y el grado de dificultad para su consecución. Establecimiento de estándares mínimo y óptimo, considerando el punto de partida y cálculo del ISE final (promedio de todos los subindicadores).

Creación de un cuadro de mandos integral que recogía los resultados (subindicadores e IS total) de cada profesional implicado. Notificación a cada profesional de sus resultados.

Evaluación periódica del IS, identificación de puntos fuertes y puntos a mejorar, con la consecuente revisión de circuitos, procesos y procedimientos y elaboración de planes de mejora y reevaluación del IS después de su implementación.

**Conclusiones.** La creación del IS permite englobar en un único valor un gran conjunto de indicadores clínico-asistenciales individuales. Junto al análisis de los subindicadores, permite la detección objetiva de puntos débiles en nuestra práctica asistencial. Su evaluación periódica permite la valoración dinámica de la implementación de los planes de mejora, con la consecuente mejoría de la calidad asistencial y reducción indirecta del coste de la «no calidad».

## SESIÓN ORAL 2

Jueves, 17 de junio / 09.30-11.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4D

Enfermedad cardiovascular / Factores de riesgo cardiovascular

### /// ID 137

Caracterización y manejo del paciente con enfermedad tromboembólica en Atención Primaria. Quince años de seguimiento

Giner Martos M, Fornés Ollé B, Molés Moliner E,

Contreras Raris B, Sitjar Martínez De Sas S, Pérez García E

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: leiginer@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.137>

**Objetivos.** Analizar el manejo y características de los pacientes con enfermedad tromboembólica (ETE).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo. CAP urbano. Pacientes con diagnóstico cierto de ETE en la historia clínica informatizada (HCI) durante los últimos 15 años. Se consideró: edad, sexo, tipo de ETE (tromboembolismo pul-

monar [TEP] o trombosis venosa profunda [TVP]), localización TVP, sospecha, pruebas diagnósticas, ingreso, factores de riesgo (FR) (según la *Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy*), tratamiento al alta, duración y tipo y número de episodios posteriores. Base de datos de la HCI OMI-AP y el programa estadístico SPSS v.15.0

**Resultados.** Se obtuvieron 150 historias con diagnóstico cierto de ETE. El 54 % eran mujeres. La edad media al diagnóstico era  $64,6 \pm 16,6$  años. El 64,7 % eran TVP, el 24 % TEP y el 11,3 % episodios combinados (TEP+TVP). El 36,4 % fueron TVP femorales. No hay diferencias significativas entre el diagnóstico y el sexo. Del resto de variables sólo se analizan los datos registrados. La sospecha la tuvo el médico de familia (MF) en el 50,6 %. Al 80,9 % se practicó una eco-Doppler, al 27 % una gammagrafía, al 16 % un TC y al 11,7 % el dímero D. El 65,4 % ingresaron. Por diagnósticos el 85,7 % de TEP y el 50,8 % de TVP ingresan, siendo diferencias significativas como FR destacan la obesidad (26 %), las neoplasias (15,3 %) y el tabaco (13,3 %). Al 13,5 % acontece una recidiva (el 50 % son TVP), estando el 40 % en tratamiento (sin diferencias entre tratamientos). El 73,8 % quedará con sintrom durante una media de  $13,8 \pm 17,2$  meses.

**Conclusión.** Debemos mejorar el registro de datos. La ETE más frecuente es la TVP. El MF hace la sospecha en más de la mitad de casos. Obesidad, malignidad y tabaco son los FR más asociados. La mayoría quedarán con sintrom. La TVP genera más episodios posteriores.

#### /// ID 266

¿Existe correlación entre la calidad de vida y la capacidad funcional en pacientes con insuficiencia cardíaca?

Solà Muñoz S, Azagra Ledesma R, Juncadella García E, Fuentes González E, Ruiz Sánchez M, Aguyé Batista A

ABS Centre. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: ssolamun@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.266>

**Objetivos.** Analizar la correlación entre la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (QVRS) y la capacidad funcional que presentan los pacientes afectados de insuficiencia cardíaca (IC) en Atención Primaria (AP).

**Material y métodos.** *Diseño:* estudio transversal descriptivo y analítico. *Ámbito:* Atención Primaria. *Sujetos:* pacientes  $\geq 18$  años diagnosticados de IC en historia electrónica de AP. *Criterios de exclusión:* alteraciones cognitivas, problemas de movilidad u oxigenoterapia, entre otras. *Variables:*

- Clasificación según clase funcional (CF) de la NYHA agrupados en I-II y III-IV.
- QVRS analizada con cuestionario validado MLWHFq (dimensión física, social y emocional).
- Capacidad funcional analizada por el test de la marcha 6MWT.

**Resultados.** Muestra de 167 pacientes (91 mujeres, 76 hombres), media edad de 75 años. NYHA I-II 67,7 % (113) y NYHA III-IV 54 (32,3 %). Puntuación total MLWHF: CF NYHA I: 13,8 puntos, NYHA II: 24,3, NYHA III: 44,3 y NYHA IV: 50,6. Dimensiones: síntomas físicos: peor puntuación a peor grado funcional ( $p < 0,05$ ). Social: peor puntuación a peor grado funcional ( $p < 0,05$ ). Emocional: diferencias en CF NYHA I y II, no diferencias en CF III y IV. Hay diferencias significativas en el test según CF y la capacidad funcional ( $p < 0,05$ ). Puntuación 6MWT: CF NYHA I: media 440 metros, II: 339, III: 174 y IV: 21. El test 6MWT es inferior en las mujeres independientemente de la CF ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión.** El test MLWHF es útil para evaluar la QVRS en AP. Existe correlación entre la CV en pacientes con IC y su capacidad funcional. También entre la CF y la puntuación en el

MLWHF. Las mujeres afectas de IC perciben peor su calidad de vida y caminan menos metros independientemente de la CF.

#### /// ID 309

Anomalías en el perfil de lípidos en pacientes tratados con estatinas. Estudio Internacional de Dislipidemia (DYSIS-España)

Guijarro C, González-Juanatey J, Millán J, Alegría E, Lozano J, Vitale G

Fundación Hospital de Alcorcón; Hospital Universitario de Santiago de Compostela; Clínica Universitaria de Navarra; CS Serrería 2; Departamento Médico MSD; Hospital Gregorio Marañón. Madrid, Santiago de Compostela, Navarra, Valencia. Comunidad de Madrid, Galicia, Navarra, Comunidad Valenciana

Correo electrónico: belen\_gonzalez\_nonemployee@merck.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.309>

**Objetivos.** Existe un riesgo cardiovascular (RCV) persistente a pesar de la reducción lograda con las estatinas. Con frecuencia no se alcanza el objetivo terapéutico de cLDL y alteraciones en otros parámetros lipídicos pueden incrementar el RCV. En este estudio se evaluó la prevalencia de anomalías lipídicas (cLDL y TG elevados, cHDL bajo) en pacientes tratados con estatinas.

**Material y métodos.** Análisis de 3.710 pacientes españoles incluidos en el estudio transversal DYSIS (*Dyslipidemia International Study*), realizado en Europa y Canadá, con 22.063 pacientes edad  $\geq 45$  años en tratamiento con estatinas. Los datos se recogieron de la historia clínica del paciente. Se clasificó el RCV según la guía NCEP ATP III y para valorar los niveles lipídicos se asumieron los objetivos o recomendaciones de esta directriz.

**Resultados.** El cLDL no en objetivo en el 63,5 % de los pacientes, sobre todo en pacientes de alto riesgo (58,8 % [cLDL  $< 100$  mg/dL] y 89,8 % [cLDL  $< 70$  mg/dL]) y moderado (48,9 % [cLDL  $< 120$  mg/dL]) que en pacientes de bajo riesgo (21,3 % [cLDL  $< 160$  mg/dL]) ( $p < 0,001$ ). El 29,8 % tiene cHDL bajo. La prevalencia de cHDL bajo fue 34,8 %, 37,1 % y 2,1 % en pacientes de riesgo alto, moderado y bajo, respectivamente. Los TG  $\geq 150$  mg/dL en el 37,6 %, prevalencias del 40,7 %, 42 % y 20,8 % en pacientes de riesgo alto, moderado y bajo, respectivamente. El 36,8 % tenía  $\geq 2$  alteraciones lipídicas (6,4 % cLDL elevado + cHDL bajo, 13,1 % cLDL + TG elevados y 9,7 % tres parámetros lipídicos alterados). Únicamente el 28,4 % tenían los tres parámetros lipídicos en valores recomendados o normales.

**Conclusión.** A pesar del tratamiento con estatinas, un alto porcentaje de pacientes sigue presentando alteraciones del perfil lipídico (no sólo el cLDL fuera de objetivo, también cHDL bajo y TG elevados). Es necesario explorar nuevas terapias en el tratamiento integral del perfil lipídico para conseguir reducir el RCV especialmente en pacientes de alto riesgo tratados con estatinas.

#### /// ID 454

Análisis de las indicaciones y prevalencia del uso de nitratos en el postinfarto de miocardio. Estudio NITRAP

Fuentes Rodríguez S, Escobar Oliva A, Barreiro Montañes M, Gili Riu M, Cuixart Costa L, Soler i Solé N

CAP Santa Rosa; CAP La Salut; CAP Roger de Flor;

CAP Rocafonda Palau; CAP Creu de Barberà; CAP Jaume Soler. Santa Coloma de Gramenet, Badalona, Barcelona, Mataró, Sabadell,

Cornellà de Llobregat. Cataluña

Correo electrónico: sonya\_fr@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.454>

**Objetivos.** Los nitratos son un tratamiento clásico y efectivo de la angina, pero no han demostrado beneficios en morbilidad en el postinfarto. Los objetivos del estudio son:

- Evaluar la prevalencia de uso de nitratos en nuestros pacientes postIAM.
- Analizar qué porcentaje de este uso no es el indicado como tratamiento sintomático de la angina postIAM. Qué factores de riesgo se asocian a su uso inadecuado.
- Evaluar si los pacientes que reciben nitratos de manera inadecuada tienen el resto de tratamiento optimizado según las recomendaciones actuales.

**Material y métodos.** Estudio multicéntrico descriptivo transversal en 6 CAP de ámbito urbano. 334 pacientes con diagnóstico de IAM por historia clínica, seleccionados aleatoriamente y proporcionalmente. Se revisaron las historias clínicas, incluyendo historia cardiológica del especialista y altas hospitalarias. Se incluyeron variables demográficas, características del IAM, angina clínica postinfarto, factores de riesgo cardiovascular, comorbilidad y tratamiento.

**Resultados.** 241 (72 %) hombres, con edad media 71,4 años (DE: 13 años). 134 pacientes en tratamiento con nitratos (40 %). De ellos, solo 53 % tenían angina postIAM ( $p < 0,001$ ). Mediante regresión logística binaria se identificaron las siguientes variables independientes asociadas al uso inadecuado de nitratos: edad (OR 1,02; IC95 % 1,0-1,05), sexo femenino (OR 2,3, IC95 % 1,3-4,4) y uso de beta-bloqueantes (OR 0,55, IC95 % 0,31-0,99). No encontramos asociación entre el uso inadecuado de nitratos y recibir un tratamiento no optimizado ( $p = 0,344$ ).

**Conclusión.** Hasta un 47 % de nuestros pacientes postIAM reciben nitratos de forma inadecuada al no presentar angina. Debemos ajustar el tratamiento del postIAM a las recomendaciones basadas en la evidencia.

### /// ID 666

Evaluación de resultados en salud en pacientes mayores con enfermedades del aparato circulatorio  
Párraga Martínez I, López-Torres Hidalgo J, Navarro Bravo B, Andrés Pretel F, Blanco Paños J, Morena Rayo S

Unidad de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria. Albacete. Castilla-La Mancha

Correo electrónico: nacparraga@telefonica.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.666>

**Objetivos.** Determinar la magnitud de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) en personas mayores residentes en la comunidad y evaluar en los afectados las dimensiones físicas y psicológicas de salud.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de ámbito comunitario en el se propuso la participación a 1.514 sujetos  $\geq 65$  años (proporción esperada de EAC 70 %, IC95 % precisión  $\pm 2,2$  %), seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. Mediante entrevista semiestructurada se determinó: problemas de salud (CIAP-2), estado de salud (EuroQol-5D) (dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y características sociodemográficas. Análisis: descripción de los participantes, pruebas de tendencia lineal (Mantel-Haenszel) y análisis de varianza.

**Resultados.** Tasa de respuesta 62,8 %. Las EAC alcanzaron al 74,0 % de los sujetos (hipertensión arterial [HTA] no complicada aislada 37,9 %, otras EAC con/sin HTA 36,1 %). La puntuación media de la autovaloración del estado de salud (rango 0-100) fue de 73,1 en sujetos sin EAC, 69,3 si sólo

HTA no complicada y 65,6 en EAC con/sin HTA ( $p < 0,05$ ). El valor de los estados de salud (rango 0-1) en estos grupos fue de 0,87, 0,83 y 0,80 respectivamente ( $p < 0,05$ ). Excepto ansiedad/depresión, también en dichos grupos se observó una tendencia lineal ( $p < 0,05$ ) respecto a la gravedad o dificultades de los participantes en movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas y dolor/malestar.

**Conclusión.** Las EAC afectan aproximadamente a tres de cada cuatro mayores, repercutiendo negativamente en la valoración global del estado de salud. En movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas y dolor/malestar se objetiva, en dichos enfermos, peor calidad de vida relacionada con la salud.

### /// ID 727

Distribución de la prevalencia de arteriopatía periférica por sexos en la consulta de Atención Primaria  
Hermosa García A, Guillén Domínguez M, Roca Navarro M, Cerdà Adrián J, Losa Fernández G

CS República Argentina. Valencia. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: anamariahermosa@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.727>

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de arteriopatía periférica por sexos en pacientes  $\geq 50$  años con algún FRCV modificable en la consulta de Atención Primaria (AP).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal realizado en un centro de salud urbano. Se incluyeron pacientes  $\geq 50$  años con al menos un FRCV modificable (hipertensión, tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus u obesidad) que acudieron a consulta por cualquier motivo en días aleatorios durante diciembre 2008-abril 2009. Se excluyeron los que ya habían presentado un evento vascular (ACV, IAM). Las variables sociodemográficas y los FRCV se recogieron de la historia clínica informatizada; posteriormente se realizó el cuestionario validado de Edinburgo y exploración física y finalmente se midió el ITB mediante eco-Doppler.

**Resultados.** Se reclutaron 52 pacientes, 18 hombres (34,6 %) y 34 mujeres (65,4 %), con una edad media de  $64,6 \pm 9,53$  años. Se obtuvo una prevalencia total de arteriopatía periférica del 36,5 %. Al analizar el grupo de hombres y mujeres por separado se obtuvo que el 22,2 % de los hombres presentaba arteriopatía frente al 44,1 % de las mujeres ( $p = 0,068$ ), con una media ITB =  $0,90 \pm 0,19$  en mujeres y  $0,97 \pm 0,11$  en hombres.

**Conclusión.** Tanto la prevalencia total de arteriopatía periférica como la observada en el grupo de mujeres de nuestra muestra (casi el doble que la de los hombres), es superior a la de la literatura previa, mostrando una diferencia con el grupo de hombres en el límite de la significación estadística, por lo que deberemos estudiar esta patología en una muestra de mayor tamaño, poniendo especial atención a la población femenina.

### /// ID 756

¿En los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica controlados en Atención Primaria existe correlación entre la fracción de eyección y la clase funcional?

Solà Muñoz S, Azagra Ledesma R, Juncadella García E, Fuentes González E, Maymó Pijoan N, Aguyé Batista A

CS Costa de Ponent; CAP Badia del Vallès; CAP Granollers Centre. L'Hospitalet de Llobregat, Badia del Vallès, Granollers (Barcelona).

Cataluña

Correo electrónico: razagra@telefonica.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.756>

**Objetivos.** Analizar si existe algún grado de asociación entre la clase funcional (CF) estandarizada mediante la clasificación New York Heart Association (NYHA) y la fracción de eyección (FE) que presentan los pacientes afectados de insuficiencia cardíaca (IC) controlados en Atención Primaria (AP). **Material y métodos.** *Diseño:* estudio transversal descriptivo y analítico. *Ámbito:* AP. *Inclusión:* pacientes  $\geq$  18 años diagnosticados de IC en la historia clínica electrónica de AP. *Exclusión:* alteraciones cognitivas, problemas de movilidad u oxigenoterapia, entre otras. Clasificación según clase funcional de la NYHA agrupados en clases I-II y III-IV. Parámetros ecocardiográficos: fracción eyección en cuatro grupos: 1) FE >50 %, 2) FE 35-49 %, 3) FE 16-34 %, 4) FE <15 %; presencia de alteraciones valvulares, y alteración de la relajación. **Resultados.** Muestra de 167 pacientes clasificados según clase funcional en dos subgrupos NYHA I-II: 113 (67,7 %) y NYHA III-IV: 54 (32,3 %). Presentaron la siguientes fracciones de eyección: el subgrupo NYHA I-II: FE 1: 76,1 %, FE 2: 16,8 %, FE 3: 6,2 % y FE 4: 0,9 %; para el subgrupo NYHA III-IV: FE 1: 70,4 %, FE 2: 20,4 %, FE 3: 9,3 % y FE 4: 0 %. Estas variables no presentan una asociación estadísticamente significativa ( $p = 0,74$ ). Presentaron alteraciones valvulares el 63 % de los pacientes (25 % por afectación reumática) y el 60 % de los pacientes alteración de la relajación en el ecocardiograma. **Conclusión.** No existe correlación entre la clase funcional y la fracción de eyección en IC en pacientes controlados en AP. La mayoría de los pacientes presentan una FE preservada. La clase funcional que presentan los pacientes afectados de IC es independiente de las alteraciones ecocardiográficas encontradas.

#### //// ID 773

Diagnóstico de enfermedad arterial periférica mediante índice tobillo-brazo

López Montes A, Almendros Vilchez N, Mas Ruiz I, Rincón Rodríguez F, Padial Reyes I, Poveda Gómez F

CS Las Lagunas; CS Arroyo de la Miel; CS Las Albarizas; Hospital Costa del Sol; UD de MFyC de Málaga. Málaga. Andalucía  
Correo electrónico: aurooralopez@imagina.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.773>

**Objetivos.** Prevalencia de enfermedad arterial periférica (EAP) subclínica en pacientes ingresados por un primer evento cardiovascular mayor. Evaluar adecuación terapéutica en dichos pacientes.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal, en Hospital Costa del Sol, entre junio de 2008 hasta marzo de 2009 en pacientes ingresados por un primer evento cardiovascular mayor (ictus o síndrome coronario agudo) y ausencia de ingresos previos o documentación clínica indicativa de enfermedad cardiovascular. Prevalencia de EAP oculta evaluada mediante índice tobillo-brazo (ITB).

**Resultados.** De 100 personas incluidas, 56 ingresaron por ictus, 44 por síndrome coronario agudo. 62 eran varones y 38 mujeres, con una edad media de  $67,41 \pm 12,7$  años. Los factores de riesgo vascular: sedentarismo (75 %), obesidad (71 %), HTA (71 %), diabetes mellitus (51 %), dislipemia (31 %) y tabaquismo (38 %). 53 pacientes presentaban un ITB patológico por valor inferior a 0,9, dentro del cual, 48 pacientes EAP leve-moderada (ITB 0,4-0,9) y 5 EAP grave (ITB < 0,4). 4 pacientes presentaron un ITB superior a 1,3. Adecuación del tratamiento, sólo 16 del total de pacientes ingresados presentaban antiagregación plaquetaria previa al ingreso. Los enfermos con diagnóstico de novo de EAP, tan sólo 8 (14 %) de los 57 pacientes se encontraba bajo terapia antiagregante.

**Conclusión.** Alta prevalencia de EAP subclínica y no diagnosticada. Llamativa la inadecuación de tratamiento antiagregante en un alto porcentaje. El uso rutinario del ITB en pacientes con alto riesgo vascular puede permitir una optimización terapéutica en cuanto a objetivos en control de sus factores de riesgo vascular y una correcta indicación de tratamiento antiagregante plaquetario.

#### //// ID 664

Prescripción de actividad física en Atención Primaria.

Plan de actividad física, deporte y salud

González A, Miñarro C, García J, Roure E, Cabezas C, Violan M

Direcció General de Salut Pública de Catalunya; Secretaria General de l'Esport. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: angelina.gonzalez@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.664>

**Objetivos de la experiencia.** El Plan de actividad física, deporte y salud (PAFES) es una iniciativa intersectorial entre salud y deportes, para potenciar la prescripción de actividad física (AF) desde Atención Primaria (AP), reforzando la utilización de recursos comunitarios (rutas y actividades saludables) y mejorando la capacitación de los profesionales.

**Descripción de la experiencia.** Dirigido a personas adultas sanas con factores de riesgo cardiovascular. Existen 3 niveles de consejo/prescripción: a) consejo general, b) asesoramiento c) ejercicio supervisado grupal en equipamiento deportivo (ED) con valoración por médico del deporte. Cuando es adecuado se motiva o refuerza la AF. Registro del estadio de cambio y del consejo de AF en la historia clínica electrónica. Extensión territorial en 3 fases consecutivas. En cada una se seleccionan municipios, equipos de AP (EAP) y se identifican referentes (médico y enfermera).

Fueron 219 EAP incluidos en las dos primeras fases (60 % EAP de la Autonomía). Y 452 referentes formados en talleres de formación de formadores, y, a través de ellos, 1.500 profesionales. Diseñadas 236 rutas saludables en 107 municipios. En 168 EAP se ha valorado la AF y el estadio del cambio en 7.438 ocasiones (58 % estadio mantenimiento, 14 % en preparación). 6.104 pacientes han recibido consejo/prescripción de AF: 58 % consejo de refuerzo, 13 % consejo general, 9 % entrevista motivacional, 8 % asesoramiento y un 11 % derivaciones a programa supervisado (17 grupos con 162 participantes).

**Conclusiones.** Es posible integrar la prescripción de actividad física en AP, trabajando interdisciplinariamente y utilizando recursos comunitarios. La estrategia elegida permite llegar a un número importante de profesionales y población.

#### SESIÓN ORAL 3

Jueves, 17 de junio / 12.00-14.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4C

Gestión, atención y calidad asistencial

#### //// ID 322

Mejorando la resolución de problemas.

Proyecto ECOPIH (herramienta de comunicación entre Atención Primaria y Hospitalaria)

Lacasta Tintorer D, Escobar Oliva B, Piquer Farrés N,

Comín Junquera J, Flayeh Beneyto S, Vallejo Domingo A

ABS La Salut. Badalona (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: lacasta.david@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.322>



**Objetivos de la experiencia.** Diseñar una herramienta de comunicación rápida y eficaz entre profesionales de Atención Primaria (AP) y atención especializada (AE).

**Descripción de la experiencia.** Creación de un grupo *on-line* donde exponer, por parte de profesionales de AP, casos clínicos (dudas farmacológicas, diagnósticas, u otras) que puedan resolverse u orientarse por parte de AE (los propios especialistas de referencia) vía *on-line*. Se pueden añadir fotografías, documentos escaneados, artículos o cualquier otro archivo. Los profesionales de AP y AE adscritos a la web pueden leer la información de los casos planteados y participar en su discusión y resolución. Una vez resuelto el caso se realiza una encuesta de utilidad y satisfacción al profesional que lo planteó. El proyecto se inició hace 2 meses con cuatro especialidades: Medicina Tropical, Cuidados Paliativos, Trabajador Social y Odontología. Inminente ampliación a Cardiología, Endocrinología, Neumología y Cirugía Vascul. Casos planteados: 10, 33 % dudas diagnósticas, 33 % farmacológicas y resto relacionados con protocolos sociales. Tiempo de respuesta máximo: 48 h. Participación de dos o más profesionales en la discusión del 50 % de los casos. Respuesta valorada como muy útil en el 80 %. Supuso la no derivación en 80 % de los casos.

**Conclusiones.** El proyecto ECOPIH es una forma de resolución de problemas rápida y eficaz, con alto grado de satisfacción por parte de los profesionales. Los resultados son provisionales dado su poco tiempo de implantación. Se pretende aumentar la capacidad resolutoria y autoformación del profesional y detectar áreas a reforzar en la formación del centro. Se espera mejorar la comunicación entre profesionales y reducir derivaciones a AE.

#### //// ID 384

Desburocratizando las consultas: experiencia de una gerencia de Atención Primaria  
Barrera Linares E, Zuzuáregui Gironés M, Medina Cuenca P, López Marcos C, Villanueva Guerra A, Rubio Toledano L

GAP del Área 10. Getafe (Madrid). Comunidad de Madrid  
Correo electrónico: ernestobarreral@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.384>

**Objetivos de la experiencia.** Disminuir el contenido administrativo no asistencial de las consultas de Atención Primaria (AP), para aumentar el tiempo medio por paciente atendido. Fomentar el desarrollo de circuitos para entrega de documentación en las Unidades Administrativas sin necesidad solicitar cita en la consulta. Sistematizar la detección y actuaciones ante nuevas solicitudes burocráticas en las consultas, protocolizando la intervención de la Dirección.

**Descripción de la experiencia.** En 2007 iniciamos un proyecto para disminuir la solicitud trámites administrativos en las consultas de AP y promover la realización de las tareas burocráticas en el nivel asistencial más adecuado para su resolución. Se identificaron solicitudes sistematizadas (p.ej: informes para actividades colectivas como balneoterapia o viajes organizados para la tercera edad) y solicitudes aisladas que se repetían con mucha frecuencia y gran variedad de contenidos. Ante cada solicitud se cumplimentaba una ficha y un registro compartido para recoger datos básicos que permitieran un análisis del problema, intervenciones a realizar, responsables y fechas.

**Conclusiones.** En nuestra Área Sanitaria se ha conseguido disminuir el número de solicitudes de naturaleza administrativa en las consultas de AP. Se han registrado más de 50 tipos de motivos de consulta de naturaleza burocrática.

Disponemos de indicadores que han permitido hacer un seguimiento de los resultados del proyecto. Algunas intervenciones han tenido alcance regional (viajes organizados) y otras nacional (balneoterapia). Se ha creado un contexto de mejora que está contribuyendo a que otras instituciones y organismos colaboren en la solución del problema. Los resultados presentados a los profesionales de Atención Primaria en los diferentes órganos de gestión, han sido valorados positivamente.

#### //// ID 397

Desarrollo de una red de investigación en un departamento de salud

Galán Bernardino J, Sanchís Doménech C, González Perales J, De la Cámara De las Heras J, Soldado Matoses M, Murcia Soler M

Departamento de Salud de la Ribera. Alzira (Valencia).

Comunidad Valenciana

Correo electrónico: josegalan@comv.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.397>

**Objetivos de la experiencia.** Crear una red de investigación en atención primaria (AP) que permita el desarrollo de una investigación clínica aplicada, originada a partir de problemas relacionados con AP y cuyos resultados puedan trasladarse a la práctica clínica: a) potenciar el desarrollo de la investigación en AP abordando los problemas relacionados con la misma; b) crear una red estable de investigadores en un departamento de salud; c) desarrollar un plan de formación de los profesionales implicados para poder llevar a cabo esta actividad.

**Descripción de la experiencia.** El desarrollo de la red surge con el apoyo directo desde la Dirección-Gerencia del departamento. El grupo está compuesto por un médico y un enfermero representante de cada zona básica de salud del departamento. Está dirigido por un comité compuesto por tres grupos de trabajo: a) de gestión de la investigación; b) de formación, y c) de desarrollo de proyectos de investigación. Actividades realizadas: a) documento de la estructura y funcionamiento de la red; b) curso de fundamentos en metodología de la investigación; c) jornada de investigación en AP, y c) participación en dos proyectos de investigación multicéntricos uno de «deshabitación de benzodiacepinas» beca FIS, y otro de «niños en movimiento» beca EVES.

**Conclusiones.** La constitución de una red de investigación en AP facilita el desarrollo de proyectos de investigación, la formación de los participantes y la gestión administrativa de los proyectos y de la propia red.

#### //// ID 486

Experiencia piloto de un grupo de autogestión de profesionales en Atención Primaria  
Sitjar Martínez De Sas S, Ortiz Molina J, Anguita Guimet A, Martí Grau D, Otero Serra X, Menacho Pascual I

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: ssitjar@clinic.ub.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.486>

**Objetivos de la experiencia.** Objetivo principal: analizar las mejoras de la autogestión de profesionales en Atención Primaria (AP) respecto al modelo habitual (equipo dirigido por coordinador médico). Objetivos secundarios: mejorar la calidad asistencial, la satisfacción de pacientes y profesionales, potenciar la investigación e integrar a médicos residentes en el proyecto.

**Descripción de la experiencia.** En febrero de 2009 se constituyó el grupo GAPI (Gestión Autónoma Profesional Incentivada) con 6 médicos de familia (MF) y 4 administrativos organizados autónomamente para atender a 10.281 usuarios de 32.318 asignados a un CAP urbano. Se ha incidido en: gestión de la demanda, autocobertura de profesionales, incremento de consultas telefónicas y mediante nuevas tecnologías (e-mail, SMS), desburocratización de la consulta, mejora de prescripción farmacéutica, disminución de productos intermedios y participación en investigación, formación y docencia. Resultados asistenciales a diciembre de 2009 respecto al mismo periodo de 2008: incremento 0,43 % población atendida, disminución 13,8 % de visitas, aumento 391 % de atención no presencial, reducción de demora de visita (5,8 a 1,4 días), reducción 20 % de analíticas y 21 % pruebas de imagen solicitadas, disminución 17 % prescripción novedades terapéuticas, aumento 5 % utilización de medicamentos genéricos (total 40,3 %). Ha mejorado la satisfacción de los profesionales (cuestionario CVP-35) y ha existido una participación activa en la tutorización de residentes (5 MF son tutores) y en proyectos de investigación. **Conclusiones.** En este periodo piloto el modelo GAPI ha mejorado la eficiencia, innovación, y atención al paciente, ha dotado la consulta de mayor profesionalidad y ha incrementado la satisfacción del profesional y probablemente también la del usuario.

#### //// ID 504

Coordinación Atención Primaria/atención hospitalaria: objetivo conseguido

López Marcos C, Medina Cuenca P, Barrera Linares E, Villanueva Guerra A, Blanco Morales C, Ruiz Marín S

GAP del Área 10. Getafe (Madrid). Comunidad de Madrid

Correo electrónico: clopez.gapm10@salud.madrid.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.504>

**Objetivos de la experiencia.** Fomentar la atención compartida; establecer vías de comunicación; potenciar trabajo conjunto a diferentes niveles; definir compromisos de mejora (derivación, cumplimentación interconsultas, listas espera, URM, adecuación farmacológica); elaborar conjuntamente mensajes de apoyo y respaldo de atención especializada para abordar interconsultas evitables generadas por intereses de terceros.

**Descripción de la experiencia.** La gerencia de AP de un Área Sanitaria trabaja en diferentes líneas de coordinación con los dos hospitales de referencia:

- Vías de comunicación: direcciones asistenciales, Atención al Usuario, coordinador del Hospital con AP, especialista consultor/MF referente de especialidad, enfermeros supervisores/responsables de enfermería, matronas, unidades administrativas.
- Líneas generales: primera receta, tramitación ambulancias, derivaciones entre especialistas, cita de revisiones periódicas, realización de pruebas complementarias para revisiones.
- Coordinación en enfermería en lactancia, HIAPA.
- Reuniones en centros.
- Participación en sesiones clínicas hospitalarias de MAP.
- Compromisos de mejora definidos.
- Protocolos de derivación y/o manejo clínico, algunos conjuntos ambos hospitales: alergología, patología mamaria, digestivo, neumología, oftalmología, ORL, oncología, urología, endocrinología, cirugía general, ginecología-obstetricia, urgencias, traumatología.

En la página web de AP del Área (intranet), hay un apartado de Coordinación Primaria-Hospitalaria donde se cuelgan los protocolos y procedimientos de derivación consensuados con ambos hospitales.

**Conclusiones.** Comunicación fluida, a diferentes niveles, entre Atención Primaria y los hospitales de referencia. Trabajo conjunto en líneas de mejora con compromisos concretos. Elaboración de protocolos de derivación y/o manejo clínico consensuados. Mejor accesibilidad a los especialistas. Gran satisfacción de los profesionales.

#### //// ID 617

La horizontalización de la comunicación entre Atención Primaria y hospitalaria a través de una comunidad virtual de práctica clínica

Cañas Ortiz F, Vidal Tolosa A, Rius Riu F, Nadal Braqué N, Díaz Hurtado M, Mauricio Puente D

IRB Lleida; ABS Cappon; Servicio de Endocrinología HUAV;

SAP Segrià-Garrigues; Consorcio Aragón de Salud. Lleida. Cataluña

Correo electrónico: antonietavidal@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.617>

**Objetivos de la experiencia.** Implantación de una comunidad virtual (CV) de práctica clínica creando un equipo interdisciplinario estable entre profesionales de Atención Primaria (AP) y atención endocrinológica, el objetivo de la cual es intercambiar y generar conocimiento, con la finalidad última de mejorar la atención del paciente endocrinológico.

**Descripción de la experiencia.** CV orientada a la gestión del conocimiento entre profesionales sanitarios (medicina, enfermería, nutrición) de AP y de endocrinología y nutrición del hospital de referencia. Permite intercambiar información entre profesionales, facilitando la adquisición de conocimientos fundamentales para la atención del paciente endocrinológico y actualización continua de sus integrantes. La virtualidad permite la asincronía y facilita las relaciones entre los miembros de un colectivo con horarios y ubicaciones físicas divergentes, no existiendo distinción entre los mismos a la hora de la participación. Tecnología utilizada: plataforma eCatalunya. Permitiendo conexión al sistema las 24 h/día, 7 días/semana. Algunos resultados de los primeros 6 meses con 80 participantes voluntarios (71 con participación activa) son 1847 consultas con 193 aportaciones: 18 consultas (30 % tiroides, 15 % diabetes, 11,1 % dislipemia) que han generado 56 respuestas (28,6 % tiroides, 23,2 % dislipemia, 16 % diabetes; tiempo medio de respuesta 18:48 horas), 4 foros de discusión (75 % diabetes), 23 entradas al blog, 16 carpetas de documentación.

**Conclusiones.** La utilización de la CV permite el intercambio de información y conocimiento, así como la comunicación entre profesionales de AP y Endocrinología de un territorio amplio. La participación en la CV es muy elevada con respecto a CV entornos. La experiencia adquirida puede permitir la extensión del modelo a otras especialidades y otros entornos sanitarios y geográficos.

#### //// ID 641

Diez minutos para la atención al paciente...

se pueden conseguir

Arbonies Ortiz J, Tellechea Nicolarena T, Gago Moreda M, Sánchez Martín I, Macías Sánchez M, Ávila Rodríguez J

CS de Beraun-Ereñterria, comarca Gipuzkoa Ekialde, osakidetza.

Ereñterria (Guipúzcoa). País Vasco

Correo electrónico: aizk16@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.641>

**Objetivos de la experiencia.** Evaluar los resultados, tras aplicación de medidas «CREATIVAS» para disminuir la presión asistencial en nuestro centro de salud.

**Descripción de la experiencia.** En 2005, nos planteamos solucionar el problema de la excesiva presión asistencial de las consultas y conseguir tiempo suficiente para realizar el trabajo clínico con calidad y dignidad. Utilizamos metodología CREA «inteligencia creativa», con el programa IDEAL (identificar el problema, definición y parámetros, explorar alternativas, actuar, logros).

Tras implantar una serie de medidas (disminuir la actividad burocrática, aumentar el nivel de autocuidados, organización de agendas de trabajo, cambios en el estilo profesional, aumentar personal), a los 5 años obtenemos los siguientes resultados:

- Aumento de Tiempo de consulta, para cada paciente.
- Reducción número de consultas /día por agenda.
- Disminución de la frecuentación.
- Aumento de huecos para citas indemorables.
- Incremento de huecos para cirugía menor.
- Reducción de contactos para recogida de Receta de largo tratamiento.
- Elaboración de guías de Educación Sanitaria.
- Inicio de proyectos de Intervención Comunitaria.
- Puesta en funcionamiento de Pantallas Informativas y de fomento del autocuidado.
- Adecuación de agendas a la demanda.

**Conclusiones.** La aplicación de metodología CREA permite resolver problemas aparentemente sin solución, y aporta otras ganancias, como:

- Enfoque hacia el trabajo en equipo.
- Optimizar la actividad del centro.
- Eliminar actividades sin valor añadido.
- Mejorar el tiempo para trabajo en Equipo.
- Incrementar la satisfacción de los profesionales.

Necesitamos, por tanto, adaptarnos a las nuevas necesidades de la población y para ello tenemos que seguir siendo CREATIVOS.

#### //// ID 817

A la búsqueda del tiempo

Pardo Remesal M, Guarner Aguilar A, Pérez Flores L, Pedro Pijoan A, De Miguel Llorente N, Portoles Polinario A  
EAP La Pau. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: mijpardo.bcn.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.817>

**Objetivos de la experiencia.** Conseguir una mejor gestión del tiempo de las agendas. Conocer la satisfacción de profesionales y usuarios, sus expectativas y sus propuestas de mejora. Trabajar en equipo para diseñar e iniciar una nueva organización asistencial sensible a las necesidades de los usuarios y las inquietudes de los profesionales. Aplicar la metodología de la mejora continua de calidad.

**Descripción de la experiencia.** Se propuso el trabajo conjunto de las comisiones de Calidad y de Urgencias, con profesionales de todos los estamentos. El proceso se inició con el análisis de la situación, recogiendo el sentir de usuarios y profesionales sobre las problemáticas asistenciales. Se concluyó que los principales problemas eran: la demora en la resolución de la demanda de asistencia en el día (domiciliaria y ambulatoria) y los problemas de la sobrecarga de las agendas. Las comisiones implicadas realizaron las sesiones necesarias para crear el nuevo modelo que satisficiera a todos los profesionales, sin perder nunca de vista nuestro principal objetivo: tiempo para atender mejor al usuario. Una vez esbozado el proyecto se presentó en varias sesiones a

todo el equipo, reuniéndose propuestas para mejorar el modelo inicial hasta definir la versión final a implementar.

**Conclusiones.** La nueva organización empezó su funcionamiento en enero del 2010. Desde entonces ha supuesto un cambio sustancial en la asistencia. Los profesionales disponen de más y mejor tiempo para atender a sus pacientes y los usuarios han acogido favorablemente los cambios propuestos. Durante los meses siguientes dedicaremos nuestro esfuerzo a seguir haciendo evolucionar este modelo para demostrar su viabilidad y eficacia.

#### SESIÓN ORAL 4

Jueves, 17 de junio / 12.00-14.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4D

### Anticoagulación / Antiagregación

#### //// ID 21

El apoyo social como predictor de buen control en el tratamiento anticoagulante oral

Rivas Pérez A, Veiga Vázquez A, Díaz Grávalos G, Portuburu Izaguirre M, Valiño López M, Morenza Fernández J

CS de Verín; CS de Cea; CS de A Carballeira. Orense. Galicia

Correo electrónico: gdgravalos@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.21>

**Objetivos.** Valorar la influencia del apoyo social (AS) en el grado de control de la anticoagulación oral (TAO) medida a través del *International Normalized Ratio* (INR).

**Material y métodos.** *Diseño:* estudio de cohortes retrospectivo.

*Ámbito de realización:* 14 cupos de medicina de familia. Nivel: Atención Primaria. *Criterios de selección:* todos los pacientes en TAO en el último año, pertenecientes a los cupos de medicina de familia participantes. *Criterios de exclusión:* ausencia de determinación del INR en el plazo considerado.

*Número de sujetos incluidos:* 282 casos. *Variables:* con las determinaciones realizadas en 12 meses se calculó la desviación respecto a la media del rango objetivo del INR de cada paciente usando la desviación absoluta y el número de determinaciones en un año. Se registró edad, sexo, medio de procedencia (rural/urbano), nivel educativo, patología que indicaba el TAO y concomitante, presencia de cuidador y AS medido por el test de Blake. *Métodos de evaluación* de la respuesta: se realizó mediante una técnica de regresión lineal múltiple.

**Resultados.** Se analizaron 265 casos, 140 varones (52,8%), con una media de edad de 75,4 (9,4) años. La media del rango del INR objetivo era 2,53 (0,14) y de la desviación promedio de 0,57 (0,19), siendo el número medio de cambios de 13,1 (2,4). El apoyo social medido mediante el test de Blake ofrecía una media de 2,2 (1,7) personas. La regresión lineal mostró asociación inversa con el test de Blake ( $t = 2,1$ ;  $p = 0,04$ ).

**Conclusión.** El apoyo social constituye un predictor de mejor grado de control del INR en el tratamiento anticoagulante oral.

#### //// ID 479

Riesgo de ictus en pacientes con fibrilación auricular: índice CHADS2 en Atención Primaria

Giménez Bayà T, Montellà Jordana N, Tejero López P, Díaz Barroso A, Marconcini C, Escobeo Espinosa F

ABS Llefià. Badalona (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: thaisgim@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.479>

**Objetivos.** La fibrilación auricular no valvular (FANV) es un factor de riesgo de ictus. El índice CHADS2 (*congestive heart failure, hypertension, age, diabetes, stroke*) predice el riesgo embólico y es aplicable en Atención Primaria (AP). El objetivo es conocer la tasa de incidencia de AIT/ictus según el CHADS2 en pacientes con FANV sin anticoagular.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo, centro de AP urbano.

**Población:** pacientes diagnosticados de FANV entre 2003-2008 no anticoagulados inicialmente (N = 341). Criterios de exclusión: pacientes revertidos a ritmo sinusal en el momento del diagnóstico o < 1 visita/año. Variables: edad, sexo, índice CHADS2 en el momento del diagnóstico (1 punto si insuficiencia cardíaca, HTA, edad > 75 o DM y 2 puntos si AIT/ictus previo) y recálculo anual. Tratamiento antiagregante/anticoagulante. Seguimiento hasta exitus o anticoagulación. Análisis: cálculo de incidencia acumulada y densidad de incidencia.

**Resultados.** 341 pacientes seguidos  $2,5 \pm 1,7$  años, en total 882 pacientes/año. Se antiagregaron el 76,2 % de los pacientes. Distribución según índice CHADS2: 0 = 17 %, 1 = 47,5 %, 2 = 17,2 %, 3 = 12,4 %, 4 = 4,1 % y 5 = 1,4 %. La incidencia acumulada de ictus fue de 4,1 % en 5 años. No se detectó ningún evento en los grupos 0, 4 y 5 de CHADS2. Incidencia de eventos según los grupos CHADS2: 1,9 ictus/100 pacientes-año en CHADS2 = 1, 3,29 ictus/100 pacientes-año en CHADS2 = 2 y 3,66 ictus/100 pacientes-año en CHADS2 = 3. **Conclusión.** La incidencia de ictus fue inferior a la descrita en otros estudios. Dos de cada 3 pacientes tienen un riesgo embólico bajo (CHADS2 0 y 1). El valor del CHADS2 se relaciona con el riesgo de ictus por lo que podría ser útil en AP.

#### //// ID 655

¿Se cronifica el tratamiento con clopidogrel en nuestros pacientes?

Gutiérrez Toca O, Rivero Franco I, Mas Casals A, Sánchez Castillo P, Torregrasa Guillaumon A, De La Fuente Capitán J

ABS Bufalà-Canyet. Badalona (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: olga\_guti@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.655>

**Objetivos.** Describir motivo de tratamiento con clopidogrel en nuestros pacientes, su perfil clínico, si la indicación es correcta y la duración del mismo.

**Material y métodos.** *Diseño:* estudio observacional descriptivo. *Ámbito del estudio:* centro de Atención Primaria urbano. *Sujetos:* pacientes en tratamiento con clopidogrel en febrero del 2010. *Variables:* edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), tratamiento con clopidogrel (TC), tiempo del tratamiento, tratamiento adicional con ácido acetilsalicílico (AAS), motivo del tratamiento, portadores de *stents* cardíacos. Considerando correcta la indicación de tratamiento combinado en cardiopatía isquémica (CI) con *stent* durante el primer año y el TC en accidente vascular cerebral (AVC) y accidente isquémico transitorio (TIA). Realizamos análisis descriptivo mediante ji al cuadrado y t de Student para la comparación bivariada.

**Resultados.** 108 pacientes en TC. Edad media era 69 (DE 11,8). 72,2 % varones. FRCV: hipertensión 75,9 %, dislipemia 71,3 %, obesidad 26,9 %, diabetes 55,6 %, tabaquismo 15,7 %. Media años de TC: 3,8 (DE 2,2). Tratamiento con AAS: 45,4 %. Motivo de tratamiento: AVC 28,7 %, TIA 4,6 %, CI 43,5 %, otros 23,1 %. Pacientes con *stents*: 22. El tratamiento es correcto en el 34,3 % de los pacientes: en

AVC 74,2 %, en AIT 100 % y en CI 19,1 %. Están doblemente antiagregados en AVC 25,8 %, en TIA el 0 % y en CI el 70,2 %. El 65,7 % de los tratamientos combinados son incorrectos. No hay diferencias significativas en tratamiento correcto en función del sexo ( $p = 0,744$ ) ni edad ( $p = 0,233$ ).

**Conclusión.** Sólo el 34,3 % de los pacientes tratados con clopidogrel están correctamente indicados. Del 65,7 % mal indicados es por doble antiagregación cuando no es necesario o por alargar el tiempo de tratamiento. Un 25 % de pacientes con AVC y el 70 % con CI están incorrectamente tratados con doble antiagregación. A pesar del predominio de sexo masculino no hay diferencias significativas en la bondad del tratamiento entre sexos.

#### //// ID 746

Análisis comparativo entre pacientes en tratamiento anticoagulante oral y resto de pacientes en un área sanitaria

Vallejo Sánchez-Monge P, Alberquilla Menéndez-Asenjo Á, Mora Navarro G, Gil De Pareja Palmero M, Pérez Rivas J

GAP del Área 11. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: aalberquilla.gapm11@salud.madrid.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.746>

**Objetivos.** Comparar las características demográficas, clínicas y de consumo de recursos entre pacientes en tratamiento anticoagulante oral (pacTAO) con aquellos que no lo reciben (pacnoTAO).

**Material y métodos.** *Diseño:* descriptivo transversal. *Ámbito:* pacientes atendidos en 35 centros de un área sanitaria durante 2008. *Fuente:* historia clínica informatizada y base de datos de consumo farmacéutico. *Determinaciones:* edad, sexo, episodios atendidos, visitas y gasto farmacéutico. Agrupamos pacientes mediante el sistema grupos clínicos ajustados (ACG) de *case-mix* por complejidad y se estratifican en bandas de utilización de recursos (BUR).

**Resultados.** Consultaron 632.997 pacientes de ellos 13.832 (21,8%) eran pacTAO. La media de edad resultó 74,15 (DE: 11,67) en los pacTAO de los que un 83,2 % eran  $\geq 65$  años. En pacnoTAO la media fue 42,90 (DE: 23,12) y 20,16 %  $\geq 65$  años respectivamente (en ambos casos  $p < 0,001$ ).

La media de episodios registrados en pacTAO fue 9,5 y 5,1 en pacnoTAO. De estos un 23,8 % son patologías cardiovasculares en pacTAO y 8,5 % en pacnoTAO. Los pacTAO se agrupan en ACG más complejos, por tanto, de mayor peso relativo. Un 13 % de pacnoTAO se sitúan en BUR de alto/muy alto consumo, siendo el 49,4 % en pacTAO ( $p < 0,001$ ). Los pacTAO consumen 29,34 (DE: 18,10) visitas/año y 855,09 euros (DE: 1.125,4 euros) en farmacia; pacnoTAO 9,75 (DE: 11,04) y 152,29 (DE: 678,84) respectivamente (ambas  $p < 0,001$ ).

**Conclusión.** Los pacTAO presentan edad más avanzada, un claro predominio de patologías cardiovasculares, mayor complejidad y mayor consumo de recursos que los pacnoTAO.

#### //// ID 669

Los valores y preferencias de los pacientes y médicos respecto al tratamiento anticoagulante

Mas Dalmau G, Solà Arnau I, Velázquez Pantoja P, Díez Ruiz A, Díaz Sánchez G, Alonso Coello P

Fundació Institut de Recerca de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Cataluña

Correo electrónico: gmasd@santpau.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.669>

**Objetivo.** Esta investigación pretende conocer hasta que punto las preferencias de los pacientes y los médicos explican la infrautilización de la anticoagulación oral para la prevención de ACV asociados a la FAC.

**Pacientes y métodos.** Se realizaron siete grupos focales (durante 2008-2009) para valorar las actitudes y percepciones sobre el tratamiento anticoagulante. Asimismo, se exploraron las repuestas de las entrevistas llevadas a cabo en una fase previa, en la cual los participantes determinaban (mediante el «Probability Trade-off» y el «Feeling thermometer») las utilidades asignadas a la toma del tratamiento anticoagulante y la aspirina, a presentar un ACV leve, grave, y una hemorragia grave. Se reclutaron médicos especialistas en cardiología, medicina interna y Atención Primaria. Por otro lado, se reclutaron pacientes, en Atención Primaria, mayores de 65 años con factores de riesgo de FA. Los participantes pertenecían a centros de Cataluña, País Vasco y Galicia.

**Resultados.** Se identificaron cinco principales categorías: motivación e interés por la participación; opiniones y percepciones del tratamiento anticoagulante; factores predictores de la clasificación en las utilidades; actitud ante la relación médico paciente en el manejo de la anticoagulación; y utilidad de las herramientas para la toma de decisiones.

**Conclusión.** Los grupos focales desvelan una amplia variabilidad en las percepciones ante el tratamiento anticoagulante. En los pacientes existe la percepción inicial del riesgo de sangrado enfrentada a la percepción del ictus como un estado de salud grave, mientras que en los médicos la variabilidad es determinada por la incertidumbre que produce el manejo del tratamiento ante pacientes con un riesgo de sangrado elevado.

## Diabetes y síndrome metabólico

### /// ID 342

Nuevas expectativas y necesidades de los pacientes con diabetes. Formas de participación

Ortega Millán C, Montero González I, Medina Moreno D, Dueñas Fuentes J, Ojeda Gutiérrez R, Dueñas Redondo J

CS de Pozoblanco, Área Sanitaria Norte de Córdoba. Córdoba. Andalucía

Correo electrónico: comillan@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.342>

**Objetivos.** Análisis y priorización de las necesidades y expectativas de los pacientes con diabetes y/o familia, que se manifestó en Primer Plan Andaluz de Diabetes y nuevas expectativas y/o necesidades. Plantear acciones de participación y mejora como estrategia del Área en diabetes para los próximos 4 años.

**Pacientes y métodos.** *Diseño:* grupos focales de una sola vez de pacientes y de proveedores de atención en diabetes. *Ámbito:* Pozoblanco, Área Sanitaria Norte de Córdoba. *Sujetos:* participación de 26 personas, 5 profesionales del Área (MFyC, residente MFyC, Sociólogo, DUE y periodista) y 21 pacientes/familia DM tipo 1 como tipo 2, constituyéndose 4 grupos focales. *Intervenciones:* coordinador realizó presentación de objetivos y explicación metodológica en plenario. Posteriormente por cada grupo focal se contó con un facilitador entrenado (profesionales). Cada sesión duró 120 minutos, y el facilitador utilizó una lista estándar de preguntas ampliables. Las sesiones del grupo focal fueron registradas para el análisis subsiguiente.

**Resultados.** Pacientes priorizaron de mayor a menor: capacidad de respuesta, tangibilidad, accesibilidad, seguridad, competencia, comunicación, comprensión y cortesía. Familiares priorizaron la accesibilidad sobre la comunicación. Se añadieron nuevas expectativas (nueve: podólogos, soporte psicológico, etc.). Segundo objetivo: formación grupo de trabajo mixto para seguimiento de actividades; desarrollar actividades comunes (profesionales/pacientes); participación en la educación terapéutica en diabetes junto con los profesionales (paciente experto).

**Conclusión.** En la DM hay que proyectarse hacia planteamientos innovadores de la mano del paciente que abran camino a la introducción de nuevas formas en la atención y autogestión.

### /// ID 595

Proyecto SEGUDIAB: seguridad en pacientes diabéticos

Hernández Anguera J, Cabré Vila J, Ripoll Pons M, Arijá Val V, Bejarano Moreno F, Basora Gallisà J

ABS Reus 1. Reus (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: martaripollpons@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.595>

**Objetivos.** Analizar si una intervención breve educativa sobre los profesionales se sigue de una mejora en la seguridad y calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus (DM).

**Material y métodos.** Ensayo clínico por conglomerados realizado íntegramente en atención primaria, sobre 10 áreas básicas de salud (ABS) con distribución aleatoria de la intervención. Esta se basa en un programa educativo sobre profesionales (médicos e enfermeras), breve, estandarizado (6 horas) y con refuerzos, para mejorar las actitudes hacia la diabetes. El grupo control sigue su práctica clínica habitual. El seguimiento dura 1 año. Criterios de inclusión: DM tipo 1 o DM tipo 2; edad entre 45 y 75 años e incluidos en el sistema informático e-CAP. Se excluyen aquellos con enfermedad en fase terminal, control exclusivo por especialista y no participación de la unidad básica asistencial.

**Resultados.** El grupo total incluye 75.000 usuarios en cada grupo, con 2.903 diabéticos como población diana. Las prevalencias ajustadas de DM tipo 2 oscilan entre 5,2-8,8 % con un grado de control aceptable entre 49,7-74,1 %. No existen diferencias entre ambos grupos. Observamos una mejora global y estadísticamente significativa en la puntuación del DAS-3 de actitudes y motivaciones en diabetes. En el grupo intervención observamos una disminución significativa en el gasto de tiras reactivas, aumento de los controles de tabaquismo, de realización de electrocardiograma y fondo de ojo anual.

**Conclusión.** La intervención educativa es útil como herramienta de mejora de las actitudes hacia el paciente diabético. Los resultados observados sugieren un aumento de la cultura de la seguridad del paciente.

### /// ID 775

Estudio de calidad del sueño en pacientes diabéticos

Albiol Lluís R, Aranda Sánchez B, Llano Sánchez A, Nevot Bueno E, Moreno Gómez M, Díaz Salsench R

CAP Sant Salvador-Els Pallaresos. Tarragona. Cataluña

Correo electrónico: ralmotgn@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.775>

**Objetivos.** Averiguar si existe relación entre la calidad del sueño y el grado de buen control de los pacientes diabéticos

tomando como referencia las cifras de hemoglobina glicosilada.

**Material y métodos.** *Diseño:* descriptivo. *Ámbito:* CAP urbano. *Criterios de selección:* pacientes diabéticos (DM2) que acuden a consulta AP, marzo 2010. *Sujetos incluidos:* n = 36. *Intervenciones:* valoramos la calidad del sueño mediante cuestionario Pittsburgh (PSQI) y medimos el grado de control de la diabetes según las cifras de la hemoglobina glicosilada. Administramos hoja de consejos para conseguir dormir mejor. *Variables:* edad, sexo, estado civil, si duerme acompañado, profesión, horarios laborales, si tienen niños y si tienen preocupaciones. *Métodos de evaluación:* análisis datos: Excel. Establecer relación resultado PSQI y cifras de hemoglobina glicosilada (HBA1c).

**Resultados.** Edad media 65,3 años (DT 8,7). 52,7 % hombres. 86 % casados. 58,3 % duermen acompañados. 58,3 % consideran duermen bien. 38,8 % consideran que tienen muchas preocupaciones. Pacientes diabéticos HBA1c < 6 (22 %), PSQI: 62,3 % buena calidad sueño. Pacientes diabéticos HBA1c entre 6 y 7 (27,7 %); PSQI: 50 % «buenos dormidores». Pacientes diabéticos HBA1c entre 7 y 8 (25 %); PSQI: 55,5 % «buenos dormidores». Pacientes diabéticos HBA1c > 8 (25 %); PSQI: 66,6 % mala calidad del sueño.

**Conclusión.** Encontramos relación directa entre la mala calidad del sueño y mal control de la diabetes (HBA1c > 8). Creemos que una buena calidad de sueño ayudaría a mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

## Dislipemias / Nutrición / Obesidad

### //// ID 767

Efectos de una dieta mediterránea suplementada con aceite de oliva o con frutos secos sobre marcadores de obesidad central y periférica en pacientes de alto riesgo cardiovascular: resultados en 568 pacientes tras 1 año de intervención Roman Torres P, Iglesias Bonilla P, Leal Cala M, García De la Corte F, Corchado Albalat Y, Lapetra Peralta J *Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla, Servicio Andaluz de Salud; Ciber Fisiopatología Obesidad y Nutrición, Instituto de Salud Carlos III. Sevilla. Andalucía*  
*Correo electrónico:* jlapetra@ono.com  
*DOI:* <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.767>

**Objetivos.** Estudiar el efecto de una dieta mediterránea (DTM) suplementada con aceite de oliva virgen (AOV) o con frutos secos (FS), en comparación con una dieta baja en grasas (DBG), sobre marcadores de obesidad central (perímetro cintura: PC) y periférica (índice de masa corporal: IMC), en pacientes de alto riesgo cardiovascular (RCV) en prevención primaria (PP).

**Material y métodos.** *Diseño:* ensayo clínico, aleatorizado, controlado y a simple ciego. *Ámbito:* centros de salud urbanos. *Sujetos:* 568 pacientes (339 mujeres y 229 hombres) de alto RCV en PP. *Intervenciones:* 3 grupos de intervención (GI): (GI1) 215: DTM + AOV. (GI2) 180: DTM + FS. (GI3) 169: DBG. Recibieron trimestralmente asesoramiento dietético individual y grupal. Todas las dietas fueron *ad libitum*. *Mediciones:* IMC y PC, basalmente y al año. *Análisis:* estadística descriptiva, ANOVA, prueba t de muestras relacionadas y análisis de medidas repetidas. Intervalos de confianza al 95 %. Diferencia estadísticamente significativa p < 0,05.

**Resultados.** Edad: mujeres: 68,3 y hombres: 65,9. Basal: IMC: GI1: 33,1; GI2: 32,3 y GI3: 31,5; PC: GI1: 102,9; GI2: 102 y GI3: 102,4. Al año de intervención no hubo cambios

significativos, ni intragrupos ni intergrupos, ni en IMC (GI1: -1,5; GI2: -1,9; GI3: -0,7) ni en PC (GI1: -0,6; GI2: +0,5; GI3: -0,6).

**Conclusión.** El seguimiento durante 1 año de una DTM suplementada con AOV o con FS, en comparación con DBG, todas *ad libitum*, no aumenta el grado de obesidad (central y periférica) en pacientes de alto RCV en PP.

### //// ID 798

Hábito alimentario asociado a consumo de grasas trans en población infantil

Zurilla Leonarte E, Girauo Stabio M, Jiménez Pascua T, Muñoz Ortiz L, Montero Alia J, Heredia Rodríguez L  
*EAP Mataró 6 y 7. Mataró (Barcelona). Cataluña*

*Correo electrónico:* anitagirauo@yahoo.es

*DOI:* <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.798>

**Objetivos.** Conocer consumo de grasas trans (GT), la adhesión al índice de calidad de la dieta mediterránea (ICDM) en niños de 1.º, 4.º y 6.º de educación primaria y concordancia entre respuestas de padres y niños.

**Material y métodos.** Descriptivo, transversal y multicéntrico. Se estudian mediante cuestionario anónimo, datos demográficos, peso en kg, talla en metros, usa comedor escolar, dietas especiales, test Kidmed ( cuestionario ICDM) y frecuencia de consumo de GT. Encuestas de 1º: contestadas por padres, encuestas de 4º y 6º: por padres y niños. Población: 828 niños de 1º, 4º y 6º (curso 2008-2009) de 11 escuelas de ámbito urbano, públicas y concertadas. Participan 693 (83,7 %), se excluyen 22 (3,2 %). De estos 671 niños, 88 (13,1 %) no tenían autorización para pesarlos y tallarlos, por lo tanto se consiguieron datos completos en 583 (70,4 %). Análisis descriptivo de variables, media y desviación típica en continuas, frecuencia y porcentaje para catagóricas. Concordancia padres-hijos, índice Kappa. Programa Stata 10.

**Resultados.** El 48 % son niñas, 88 % nativos, 17 % sobre peso y 5 % obesidad. 41 % presentan elevada adhesión al ICDM e índice de masa corporal más bajo. El 16 % comen en la escuela y tienen ICDM más alto. El 53 % consume diariamente diferentes productos con GT cuantificada. De los padres, 80 % participan. Existe concordancia padres-hijos moderada para ICDM y buena respecto al consumo de GT. **Conclusión.** Aún existiendo una elevada adhesión al ICDM, el consumo de productos con GT es alto en todas las edades estudiadas, siendo mayor en los niños de 1º. Conforme crecen disminuye el grado de adhesión al ICDM. Niños con alta adhesión al ICDM tienen un índice de masa corporal menor.

## SESIÓN ORAL 5

Jueves, 17 de junio / 15.30-17.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4C

## Medicamentos / Medicina alternativa

### //// ID 95

Interacciones medicamentosas en una población de 1.000.000 de habitantes [3]

Ruiz Téllez A, Martínez De la Eranueva R, Aldanondo Gabilondo A, Alonso López F, Rodríguez-Arias Palomo J  
*CYMAP de Barcelona; UD de MFyC de Álava; CS de Alegia; CS de Dobra; CS de Piedras Blancas. Barcelona, Vitoria, Guipúzcoa, Cantabria, Castrillón. Cataluña, País Vasco, Cantabria, Asturias*  
*Correo electrónico:* rafaeranueva@gmail.com

*DOI:* <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.95>

**Objetivos.** Analizar el ecosistema de las interacciones medicamentosas (IM) en el universo de la Atención Primaria de una población de 1.000.000 de habitantes.

**Material y métodos.** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. *Ámbito del estudio:* todos los centros de salud urbanos y rurales de la población considerada. *Criterios de inclusión:* pacientes mayores de 14 años. *Criterios de exclusión:* cupos con mala calidad de información (certificación Proyecto Isis). *Sujetos:* 944.311 pacientes considerados en su totalidad (97,7 % de población que cumple criterios de inclusión). *Mediciones:* análisis automático de medicación activa (MA) del paciente, considerada como la medicación crónica activa y la aguda prescrita en los tres meses anteriores al análisis (junio 2008). Análisis de 8.600 posibles IM recogidas en programa. Clasificación de las IM, en función de su relevancia clínica (alta, moderada y leve).

**Resultados.** Durante el período de análisis fueron atendidos 674.176 pacientes, presentando MA 500.811 (53,03 % de la población total) e IM 152.991 (16,20 % del total). El 51,25 % de los pacientes con IM presentaron una de relevancia leve como máximo, 42,96 % moderada, 5,79 % alta. El 69,11 de las IM fueron leves, 28,16 % moderadas, 2,66 % altas. Número de IM/paciente: leves  $3,36 \pm 0,47$ ; moderadas  $1,63 \pm 0,16$ ; altas  $1,14 \pm 0,14$ . Principios activos, 383 (36,6 % de la ATC) están implicados en presentación de IM. Sólo 20 combinaciones de grupos terapéuticos en 87,8 % de las IM de relevancia alta, y tres principios activos (AAS, acenocumarol, verapamilo) en 68,83 % de las mismas.

**Conclusión.** Se ha subestimado el problema de las IM. Este trabajo nos sitúa, por tamaño de población, en la realidad de sus implicaciones en seguridad del paciente. Focalizar en pocos principios activos contribuiría a mejorarla.

### /// ID 439

Tendencia y factores asociados al uso de analgésicos y antitérmicos en España de 1993 a 2006

Eumann Mesas A, Del Llano J

*Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid; Fundación Gaspar Casal. Madrid. Comunidad de Madrid*  
Correo electrónico: arthur.mesas@uam.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.439>

**Objetivos.** Analizar la tendencia en el uso de analgésicos y antitérmicos (AA) en adultos de España de 1993 a 2006, e identificar los factores sociodemográficos y de estilo de vida asociados.

**Material y métodos.** Los datos proceden de seis estudios transversales, con muestras representativas de la población española no institucionalizada de 16 y más años, realizados en 1993, 1995, 1997, 2001, 2003 y 2006. El uso de AA se refirió a los 15 días previos a la entrevista. Se utilizaron modelos de regresión logística múltiple para estimar las asociaciones entre el uso de medicamentos y variables sociodemográficas y de estilo de vida.

**Resultados.** La frecuencia de uso de AA aumentó progresivamente pasando de 9,8 % (IC95 % 9,3-10,3 %) en 1993 a 32,9 % (IC95 % 32,4-33,5 %) en 2006. El uso de AA fue más frecuente en las mujeres, los obesos, consumidores de tabaco y los que dormían 6 o menos horas/día, independientemente del estado de salud y de enfermedades crónicas. El uso mediante receta médica aumentó desde el 55,6 % del total consumido en 1993 hasta el 71,6 % en 2006, mientras que la automedicación bajó de 44,4 % a 28,4 % en el mismo período.

**Conclusión.** En el periodo de 1993 a 2006 se ha producido un aumento sustancial del uso de AA en los adultos españoles. Además del estado de salud, algunos factores sociodemográficos y de estilo de vida conforman un patrón de mayor consumo que debe considerarse en la prevención de los acontecimientos adversos asociados a estos fármacos.

### /// ID 608

Revisión de botiquines en domicilio de pacientes inmovilizados polimedicados: una vía para detectar errores de medicación

Palma Amaro A, Rivero García S, Fernández Castro M, Serrano Sánchez B, Sayago Soto M, Corpas Hevia G

*UGC de Atención Primaria Los Montecillos. Dos Hermanas (Sevilla). Andalucía*

Correo electrónico: serg.rivero@telefonica.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.608>

**Objetivos.** Analizar errores de medicación en el domicilio de estos enfermos, el porcentaje de envases acumulados y los factores asociados a los errores ( nivel socila, receta XXI o prescripción principio activo).

**Material y métodos.** *Diseño:* estudio observacional descriptivo transversal. Año 2009. *Ámbito:* Población de una Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria de unos 20.000 usuarios, el 60 % de ellos perteneciente a Zonas con Necesidad de Transformación Social. *Criterios:* Inmovilizados y polimedicados adscritos a la Unidad, excluyendo los residentes en instituciones y los que no aceptan atención domiciliaria programada. *Sujetos:* población de inmovilizados polimedicados de 217. Tamaño muestral de 107. Abandonos: Dos no prestaron su consentimiento y un enfermo ingresó en una institución. *Variables:* edad, sexo, grupo, número de fármacos, numero de patologías que presenta, existencia de un cuidador principal, tipo de receta manual/electrónica y prescripción por principio activo. *Variable resultado:* presencia en domicilio de medicación no prescrita, caducada, o duplicada y errores en manejo efectivo del régimen terapéutico. *Métodos de evaluación:* análisis descriptivo univariante y bivariante. Asociación variables predictoras-resultado mediante regresión logística binaria múltiple (SPSS v.15).

**Resultados.** En el 86 % de los pacientes se encontró algún tipo de error en la mediación, el 55,6 % presentaban errores en el manejo del régimen terapéutico y el 39,3 % tenían fármacos duplicados. La presencia de un nivel social bajo y un alto número de fármacos y no tener identificado un cuidador principal aumenta lo errores.

**Conclusión.** No hay significación entre errores y uso de receta XXI y prescripción por principio activo.

### /// ID 394

Estrategias para mejorar el uso de antibióticos en un departamento de salud

Palop Larrea V, Murcia Soler M, Sánchez Pérez J, Colomina Rodríguez J, Fuertes Fortea A, Espinosa Urbina R

*Departamento de Salud de la Ribera. Alzira (Valencia).*

*Comunidad Valenciana*

Correo electrónico: vpalop@hospital-ribera.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.394>

**Objetivos de la experiencia.** Establecer un plan departamental de uso adecuado de los antibióticos.

**Descripción de la experiencia.** Actividades desarrolladas: a) cartas dirigidas a facultativos con perfil de prescripción de

antibióticos y recomendaciones; b) inclusión en los Acuerdos de Gestión para médicos de familia y pediatras de indicador de racionalización de antibióticos; c) entrevistas «cara a cara» con facultativos con resultados de prescripción inadecuada de antibióticos, entregando indicadores de calidad de prescripción, documentación bibliográfica, y estableciendo compromisos de mejora y colaboración; d) implantación en el departamento el Test de determinación rápida del antígeno de *Streptococcus pyogenes* en exudado faríngeo; e) celebración del día europeo del Uso Prudente de Antibióticos (años 2008 y 2009), con hojas informativas dirigidas a médicos y farmacéuticos y decálogo de uso adecuado de antibióticos dirigido al paciente (difusión de la información mediante correo electrónico a oficinas de farmacia y médicos, y mesas informativas para pacientes en centros de salud); f) emisión de cuñas de radio en diferentes emisoras de difusión local y comarcal sobre decálogo de uso adecuado de antibióticos dirigida al paciente, y g) elaboración del Boletín de Información Microbiológica y Consumo de Antibióticos en el Departamento de Salud con información referente a sensibilidad antibiótica y al consumo de antibióticos a nivel departamental y difusión del mismo a facultativos.

**Conclusiones.** Se ha mejorado la utilización de antibióticos en el departamento pasando de valores de Dosis Habitante Día de 25,79 en el 2005 a 22,71 en el 2009 y mejorando el perfil de los antibióticos utilizados

#### //// ID 782

**Espeleoterapia con radón en 10 pacientes con enfermedades reumáticas y osteoarticulares**  
Solís Sola M, Valverde Romera M, Hernández Torres A  
CS Santa María del Águila; Universidad de Almería; Instituto de Salud Carlos III. Almería, Madrid. Andalucía, Comunidad de Madrid  
Correo electrónico: begosolis@gmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.782>

**Objetivos de la experiencia.** Estudiar de forma exploratoria aproximativa la utilización de aguas mineromedicinales radiactivas en la inhalación de gas radón en 10 enfermos con diferentes enfermedades reumáticas y/o osteoarticulares (espondilitis anquilosante, artritis reumatoide, fibromialgia, artrosis). Observar si ocurren cambios en la sintomatología, posterior consumo de fármacos, etc., tras 2 semanas de tratamiento.

**Descripción de la experiencia.** Espeleoterapia (antroterapia): exposición, con objetivo terapéutico, repetidamente y durante períodos de tiempo delimitados, a los vapores que se liberan en ciertas galerías y cuevas, donde hay un microclima especial debido a la combinación de temperatura, humedad, composición química del agua, composición de los gases liberados y de las rocas. Historia de la espeleoterapia, fundamentos biológicos, evidencia científica. Concepto de gas radón, su uso como principio terapéutico y su evidencia científica. Características de la galería Gasteiner-Heilstollen (Austria), donde se llevó a cabo el tratamiento: temperatura 37-41 °C, humedad 70-100 %, concentración de radón 44 kBq/m<sup>3</sup>. 3.4 sesiones semanales de 90 minutos cada una, durante 2 semanas. Pacientes: 10 personas pertenecientes a una asociación local de enfermos de espondilitis-artritis (6 pacientes espondilitis anquilosante, 1 paciente artritis reumatoide, 2 pacientes fibromialgia, 1 paciente artrosis). Cambios observados tras el tratamiento:

- Menor inflamación, dolor y/o rigidez en 7 pacientes.
- Brotes menos intensos y menos duraderos en 4 pacientes
- Menor consumo de fármacos en 4 pacientes.

**Conclusiones.** Dada la riqueza balnearia de AMM en Espa-

ña, es importante conocer los beneficios que su uso y efectividad pueden proporcionar a gran número de pacientes de nuestras consultas de AP. Dada la evidencia científica existente y los resultados positivos de este tratamiento, sería interesante realizar estudios de tipo correlacional y de inferencias o hipótesis.

## Validación de estudios

#### //// ID 368

**Validación del nuevo índice pronóstico Profund para poblaciones de pacientes pluripatológicos de Atención Primaria**

Bohorquez Colombo P, Ortiz Camuñez M, Quiroga Alonso V, Codina Lenaspa A, Bernabeu Wittel M, Ollero Baturone M

CS de Camas; CS Los Bermejales; CS La Candelaria; Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. Andalucía

Correo electrónico: mortizc@meditex.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.368>

**Objetivos.** El índice PROFUND, desarrollado en 1.632 pacientes pluripatológicos (PPP) de 36 hospitales españoles, predice con alta precisión su mortalidad al año. Consta de nueve variables clínicas (edad  $\geq$  85 años: 3 puntos; cuidador principal distinto de cónyuge: 2, neoplasia activa: 6, demencia: 3, disnea III-IV de la NYHA y/o MRC: 3, *delirium* en último ingreso: 3, hemoglobinemias  $<$  10g/dL: 3, Barthel  $<$  60: 4,  $\geq$  4 ingresos en el último año: 3). La mortalidad según puntuación fue: 0-2: 12-14 %; 3-6: 21,5-31,5 %, 7-10: 45-50 % y 11 o más: 61-68 %. Sin embargo, se desconoce su precisión en PPP de Atención Primaria (PPP-AP). El objetivo de este estudio es validar el índice PROFUND en PPP-AP.

**Material y métodos.** Seguimiento durante 1 año de 285 PPP-AP de dos centros de salud. La precisión del índice se evaluó analizando su calibración (calculando los cuartiles de riesgo de mortalidad comparativa, y la bondad de ajuste mediante el test de Hosmer-Lemeshow) y su poder discriminativo (mediante curvas ROC y cálculo del área bajo la curva). La precisión se comparó con la obtenida con el índice de Charlson.

**Resultados.** Edad media  $74,5 \pm 13$ , 51,6 % varones. Mortalidad al año: 18,9 %. Mortalidad según puntuación: 0-2: 7 %, 3-6: 24,7 %, 7-10: 31,8 %, 11 o más: 33 %. La calibración fue buena (bondad de ajuste de probabilidad pronosticada mediante test de Hosmer-Lemeshow,  $p = .128$ ) y el poder discriminativo (área bajo la curva: 0,705) ( $p < .0001$ ). La calibración del índice de Charlson fue subóptima (bondad de ajuste de probabilidad pronosticada mediante test de Hosmer-Lemeshow,  $p = .03$ ) y el poder discriminativo pobre (área bajo la curva 0,53,  $p = .57$ ).

**Conclusión.** El índice PROFUND mantiene una buena precisión en la estratificación del riesgo de mortalidad al año en poblaciones de PPP de Atención Primaria.

#### //// ID 518

**Rendimiento diferencial de las subescalas LLFDI-A en la valoración de discapacidad**

López Jiménez M, Paterna Mellinas G, Martínez Sánchez E, Atienzar Núñez P, López-Torres Hidalgo J, Abizanda Soler P

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. Castilla-La Mancha

Correo electrónico: mlopezjimenez@ozu.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.518>



**Objetivos.** Validar y describir las características psicométricas de las dos subescalas del LLFDI-A (Late-life Function & Disability Instrument Abreviado) de discapacidad y calcular el rendimiento diferencial.

**Material y métodos.** Estudio poblacional longitudinal prospectivo sobre sujetos  $\geq 70$  años (censo tarjeta sanitaria). Tamaño muestral: 1.173 seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado. Participaron 988, completando el LLFDI-A 876. Tras determinar la validez de constructo (análisis factorial), construimos curvas ROC para determinar puntos de corte y rendimiento.

**Resultados.** LLFDI-A-Frecuencia de Discapacidad (LFD) presenta buena correlación con Barthel ( $r = 0,750$ ;  $p < 0,001$ ) y Lawton ( $r = 0,796$ ;  $p < 0,001$ ), al igual que LLFDI-A-Limitación de Discapacidad (LLD) (Barthel:  $r = 0,773$ ;  $p < 0,001$ ; Lawton:  $r = 0,760$ ;  $p < 0,001$ ) y también LLFDI-A-Total de Discapacidad (LTD) (Barthel:  $r = 0,771$ ;  $p < 0,001$ ) (Lawton:  $r = 0,783$ ;  $p < 0,001$ ). Análisis factorial: ambos coinciden en un único factor (Social-Instrumental-Administrativo-Personal), que en LFD explica el 56,6 % de la varianza y en LLD el 66,1 %. Áreas bajo la curva ROC: LFD y dependencia-ABVD (Barthel  $\leq 60$ ) 0,980 (IC95 % 0,971-0,988, punto de corte  $< 15$ ,  $S = 92$  %,  $E = 90$  %); para LLD 0,977 (IC95 % 0,968-0,986, punto de corte  $< 15$ ,  $S = 93$  %,  $E = 88$  %); para LTD 0,972 (IC95 % 0,972-0,988, punto de corte  $< 30$ ,  $S = 92$  %,  $E = 92$  %). Respecto a AIVD (Lawton  $< 4$ ), LFD, LLD y LTD también presentan una muy elevada correlación y adecuadas propiedades psicométricas.

**Conclusión.** El LLFDI-A de discapacidad es un cuestionario útil para detectar discapacidad en ancianos. Debido a la similitud en resultados de ambos componentes (LFD Y LLD), el rendimiento del LFD aislado es similar al conjunto LFD + LLD, pudiendo reducirse a un único componente.

## Medicina y medios de comunicación

### //// ID 16

Decálogo para pacientes sobre el uso de información médica obtenida en Internet

Mayer Pujadas M, Leis Machín A, García Pareras L, Lupiáñez F, Terrón J

Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: mmayer@comb.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.16>

**Objetivos.** Los objetivos son:

- Conocer las recomendaciones de calidad web más aceptadas.
- Analizar la calidad y características de web médicas en español sobre cáncer, diabetes, dietas y adelgazamiento.
- Elaborar un decálogo de recomendaciones para usuarios de Internet, basándose en los resultados de los objetivos anteriores.

**Pacientes y métodos.** Ámbito: Internet. Estudio cualitativo: se compararon los criterios de calidad de HONCode, URAC, WMA y eEuropa 2002, observando coincidencias y divergencias, resaltando los temas más recurrentes. Estudio observacional: mediante los buscadores Google y Yahoo se estudiaron los 20 primeros enlaces médicos (variables: tema, buscador, puntuación de calidad). La puntuación de calidad se basó en 4 criterios formales (cumple 1, no cumple 0) según: autoría, actualización, contacto, cláusulas de confidencialidad; más un criterio principal: información científica adecuada. Se elaboró un decálogo de recomendaciones en base a los análisis realizados.

**Resultados.** Existe gran diversidad de criterios de calidad web. La puntuación de calidad obtenida por las webs médicas es muy amplia: sobre cáncer un 75,8 % tenían una calidad adecuada, 24,2 % calidad dudosa o no científica, sobre diabetes un 79,2 % y un 20,8 % respectivamente, sobre dietas un 35,9 % eran de calidad adecuada mientras un 64,1 % de calidad dudosa o no científica.

**Conclusión.** Considerando que Internet es fuente de información médica muy frecuente y la variedad de criterios y calidad web observados, sugieren la necesidad de elaborar recomendaciones generales con criterios básicos al visitar webs médicas, recomendando comunicar a su médico las dudas e información obtenidas. Se elaboró un tríptico y una web (<http://www.guiasinfosalud.es>) con 10 recomendaciones. Debería estudiarse el impacto de las recomendaciones.

### //// ID 329

Qué recursos responden mejor las preguntas clínicas de los médicos de familia

Rubira López D, Sánchez Sánchez J, Menárguez Puche J, Grupo de trabajo de Evaluación de recursos de MBE en Medicina de Familia

CS de Cieza; Centro Tecnológico de Información y Documentación

Sanitaria; CS Profesor Jesús Marín. Murcia, Molina de

Segura (Murcia). Región de Murcia

Correo electrónico: monicasa@larural.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.329>

**Objetivos.** Describir utilidad de recursos basados en evidencias (point of care) para contestar preguntas clínicas formuladas por médicos de familia (MF).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, comparativo. Tras búsqueda (Medline, Embase y Google), bajo dos criterios (revisan evidencias/accesibles desde Internet) se incluyeron 19 recursos. Aleatoriamente se seleccionaron, de un banco generado para el estudio, 100 preguntas que se valoraron con todos los recursos (tamaño muestral para diferencia del 20 %,  $\alpha = 95$  %,  $\beta = 80$  %). Se revisaron por 20 MF experimentados en búsqueda de información y manejo del inglés. Analizaron cada pregunta y recurso dos MF independientemente. Mediante un cuestionario estructurado se evaluaron 15 variables: calidad de la información, tiempo invertido y efectividad (información suficiente para responder pregunta). Se realizaron estudios descriptivos e índice Kappa (IK  $\pm$  IC).

**Resultados.** Hubo un total de 3.800 valoraciones. La efectividad de recursos fue diferente ( $p < 0,0001$ ), resultando los que más preguntas respondieron UpToDate (51/100), Dynamed (42/100) y Guías Clínicas Fisterrae -GCF- (42/100). La disponibilidad de información útil aunque no fuera suficiente para dar respuesta a la pregunta también fue diferente según recurso ( $p < 0,0001$ ), destacando UpToDate (87 %), Dynamed (72 %) y Essential Evidence (69 %). El tiempo invertido para obtener información en recursos más efectivos fue menor con GCF ( $5,79 \pm 4,18$  minutos). Dynamed y UpToDate consumieron más tiempo ( $9,85 \pm 6,17$  y  $10,05 \pm 6,78$  minutos respectivamente). La fiabilidad de evaluaciones fue entre débil y moderada. Dynamed obtuvo los mejores resultados con IK = 0'43 (IC95 % 0,23-0,63). UpToDate obtuvo unos valores bajos con IK = 0,25 (IC95 % 0,05-0,44).

**Conclusión.** Identificamos diferencias importantes en los recursos evaluados. Destacaron por su utilidad para Atención Primaria UpToDate, Dynamed y GCF.

**SESIÓN ORAL 6**

Jueves, 17 de junio / 15.30-17.30 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4D

**Atención al anciano****//// ID 256**

La autopercepción de salud como determinante de la efectividad de una intervención en una población anciana

Monteserín Nadal R, Reyes Reyes C,  
Casasa Plana A, Sellarès Sallas J, Brotons Cuixart C,  
Moral Peláez I

EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: rmonteserin@eapsardenya.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.256>

**Objetivos.** Conocer si la autopercepción de salud es un factor determinante en obtener resultados positivos en términos de morbimortalidad en ancianos que han recibido una valoración geriátrica integral (VGI) seguida de una intervención.

**Material y métodos.** *Diseño:* ensayo clínico aleatorizado abierto con grupo control (GC). *Ámbito:* centro de salud (CS) urbano. *Población de estudio:* ancianos mayores de 75 años, ambos sexos. Tamaño de la muestra: 623 sujetos. *Criterios de inclusión:* sujetos autónomos para acudir a las consultas del CS. *Variables:* sociodemográficas, clínicas, funcionales y afectivo-cognitivas, autopercepción de salud, ser anciano frágil, ser éxitus, institucionalizado o ser tributario de atención domiciliaria. *Metodología:* aplicación de una VGI seguida de una intervención específica.

**Resultados.** El 73 %, 447 sujetos, referían una autopercepción de salud buena, 51,2 % (Grupo Intervención, [GI]) y 48,8 % en el GC. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre GI y GC en ninguna de las variables, excepto en la evaluación final: más riesgo de depresión ( $p = 0,01$ ), más nuevos frágiles ( $p = 0,01$ ) en el GC y en la modificación de frágil a no frágil,  $p = 0,038$  en el GI. El 27 %, 165 sujetos, referían una autopercepción de salud mala, 75 (45,5 %) GI y 54,5 % GC. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre GI y GC en ninguna de las variables tanto en la evaluación inicial como final.

**Conclusión.** La intervención permite obtener resultados positivos en el retraso de la aparición de la fragilidad y en la reversibilidad de fragilidad en el grupo de ancianos que refieren una previa autopercepción de salud buena.

**//// ID 340**

Comorbilidad, ingresos y úlceras predicen la muerte en pacientes de atención domiciliaria

Gené Badia J, González M, Ascaso C, Corredoira L,  
Borras A, Moric E

Capse Universidad de Barcelona, ICS. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: jgene@clinic.ub.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.340>

**Objetivos.** Evaluar la atención domiciliaria (ATDOM) ofrecida por los equipos de atención primaria (EAP) para encontrar oportunidades de mejora, identificando las características del paciente, su entorno y los cuidados que recibe que predicen la muerte al año siguiente a la evaluación.

**Material y métodos.** Estudio longitudinal de una muestra de pacientes ATDOM de 72 EAP catalanes seguidos durante dos años. De cada paciente se recogieron: 1) situación social

y de salud (Charlson, Barthel, Pfeiffer, Braden y Gijón); 2) salud subjetiva (SF-12); 3) características de los cuidadores y su sobrecarga (Zarit); 4) visitas prestadas por los miembros del EAP y 5) utilización de servicios sociales, sociosanitarios, privados, de urgencias y de servicios hospitalarios. Mediante una regresión logística se identifican las variables que de forma independiente predicen la muerte durante el año siguiente.

**Resultados.** Se incluyen 1.093 pacientes de los que 290 fallecen y 92 se pierden durante los dos años de seguimiento. Las mujeres tienen un riesgo inferior de morir [OR = 0,67 (0,50-091)]. Por el contrario, la comorbilidad (índice de Charlson) [OR = 1,14 (1,06-1,23)], el número de ingresos previos [OR = 1,16 (1,03-1,33)] y la presencia de úlceras por decúbito de grado 1-2 [OR = 2,94 (1,92-4,52)] o de grado 3-4 [OR = 4,45 (1,90-10,92)] aumentan el riesgo de morir entre la población estudiada.

**Conclusión.** Los datos reafirman la necesidad de realizar abordajes globales, no basados en patologías. Deberíamos realizar una atención domiciliaria preventiva, proactiva e integrada con los servicios sociales que prevenga las úlceras y evite los ingresos.

**//// ID 453**

Alteraciones del sueño en pacientes con demencia en un Área Básica de Salud, exposición lumínica y factores relacionados

González Moneo M, Pie Ocins M, Pérez Vicente M,  
Cabello Romero M, Rus Calafell M,  
Turmo Tristán N

CAP San Martín. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: 28448mgm@comb.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.453>

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de las alteraciones del sueño en pacientes con demencia en un Área Básica de Salud (ABS) y factores relacionados.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal en un ABS urbana. Se telefoneó a todos los cuidadores ( $n = 177$ ) de pacientes diagnosticados de Alzheimer (F00), demencia vascular (F01) demencia inespecífica (F03) o/y en tratamiento con anticolinesterásicos. Solicitamos consentimiento y concertamos entrevistas a domicilio, en el centro o telefónicas según conveniencia del cuidador. Encontramos 15 éxitus, 11 traslados, 8 institucionalizados. No deseaban participar 5 cuidadoras, no localizamos 9, se excluyeron 20 pacientes con Parkinson-demencia, cuerpos de Lewy o demencia frontotemporal. Entrevistamos 109 cuidadoras acerca de los pacientes. Variables del paciente: cuestionario insomnio de Pittsburg; dependencia Barthel; consumo de fármacos psicótropos; exposición solar y enfermedades o fármacos que alteran el sueño. Variables cuidadora: consumo de benzodiazepinas.

**Resultados** Participaron 109 pacientes con demencia (edad media  $78 \pm 0,8$ , 66 % mujeres). La prevalencia de alteraciones del sueño es del 55,3 % (57pacientes), insomnio grave un 13,2 %. El 90,4 % recibe al menos 30 minutos diarios de exposición solar. Presentan dependencia moderada-grave el 38,2 %. No encontramos relación entre insomnio y exposición solar ( $p = 0,26$ ). El 73,8 % de los pacientes con insomnio presenta al menos una enfermedad o un fármaco que produce insomnio, el fármaco mas común un betabloqueante ( $n = 15,50$  %), artrosis la enfermedad más frecuente ( $n = 41$ , 5,6 %), seguida de depresión ( $n = 20$ , 28,6 %) y insuficiencia cardiaca ( $n = 12$ , 17,1 %). Toman psicótropos 48 pacientes (47 %) y 25 cuidadoras (22,9 %).

**Conclusión.** La prevalencia de alteraciones del sueño es elevada así como la de enfermedades y fármacos inductores de insomnio sin influencia de la exposición solar.

#### //// ID 487

Análisis de polimedición en pacientes inmovilizados

Nieto Caballero S, Comesaña López A, Arjona López I, Hidalgo García I, Pérez López P, Avellaneda Molina P

CS de Vistalegre. Murcia. Región de Murcia

Correo electrónico: sergio\_nieto\_caballero@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.487>

**Objetivos.** Analizar la prescripción de fármacos crónicos, características del botiquín y del cuidador en pacientes inmovilizados en domicilio o en institución sanitaria de una zona de salud urbana.

**Material y métodos.** Pacientes inmovilizados (n = 105) de nuestro EAP de ámbito urbano, institucionalizados (n = 34) y domiciliarios (n = 71). Recogida de datos demográficos, prescripción y del cuidador de la historia clínica OMI y visita al domicilio para recogida de datos del botiquín y entrevista al cuidador. Estudio descriptivo transversal.

**Resultados.** Pacientes con una media de 84,22 años (62 a 99 años), mayoritariamente mujeres (75,23 %). Inmovilizados por: artropatía (32 %), senilidad-demencia (26 %) y causa neurológica (23 %). Un 89,5 % toma 5 o más medicamentos, cumpliendo criterios de polimedición. El 73 % de los institucionalizados tiene prescrita al menos una benzodiazepina (BZD), frente al 45 % de pacientes domiciliarios. El uso concomitante de BZD, antidepresivos y neurolépticos ocurre en un 14 % de institucionalizados, pero solo 1,3 % de los domiciliarios. El 76 % de los institucionalizados tomaba algún fármaco potencialmente inadecuado de gravedad alta (Criterios de Beers), a diferencia del 48,6 % de los domiciliarios. El cuidador principal es mujer (81 %), familiar (un 38 % son hijos), con dedicación a tiempo completo (77 %). El botiquín presenta condiciones higiénicas adecuadas (92 %), acumulando fármacos un 17 %. Los cuidadores están muy informados de los motivos e indicaciones de los fármacos que administran.

**Conclusión.** Los pacientes inmovilizados, sobre todo los institucionalizados, están polimedificados, con elevado uso de fármacos potencialmente graves según criterios de Beers. Los cuidadores conocen las patologías y tratamientos de los pacientes.

#### //// ID 596

Cribado de la presbiacusia en Atención Primaria

Unanue Ortega A, Rodríguez Gómez S, Navea Atorrasagasti J, Gutiérrez Pesquera N, Cairo Rojas G, Baza Bueno M

CS de Basauri-Ariz. Bilbao (Vizcaya). País Vasco

Correo electrónico: sandrares@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.596>

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de presbiacusia entre ancianos que acuden a un centro de AP. Describir los factores epidemiológicos y estudiar la validez de dos test de cribado. **Material y métodos.** Diseño: estudio descriptivo y transversal de pruebas diagnósticas realizado en Atención Primaria. **Pacientes:** 140 sujetos mayores de 65 años que acudieron a consulta por cualquier motivo, excluyendo los diagnosticados de enfermedades otorrinolaringológicas, pacientes que no dieron su consentimiento y los que presentaban sínto-

mas catarrales. **Muestreo:** aleatorio sistemático, en cuatro consultas, en días diferentes y predeterminados. Tamaño muestral calculado para una precisión del 10 % de sensibilidad y especificidad. **Mediciones:** sociodemográficas, clínicas, laborales de riesgo, pregunta sobre dificultad auditiva, test del susurro y audiometría (*gold estandar*). Evaluador único para las diferentes pruebas.

**Resultados.** Presbiacusia en el 43,6 % de audiometrías. Edad media de  $76 \pm 6,5$  años, 51 % varones y el 49 % mujeres. 32,8 % habían trabajado con ruido. 16,4 % tenían antecedentes familiares de sordera. Test del susurro: alcanza una sensibilidad del 77 %, especificidad del 75,9 %, VVP del 71,2 % y VPN del 81,1 % (CPP = 3,2 y CPN = 0,30). Test de la pregunta sobre dificultad auditiva: presenta una sensibilidad del 56,7 %, especificidad del 79,7 %, VPP del 68 % y VPN del 70,8 % (CPP = 2,80 y CPN = 0,54).

**Conclusión.** Casi la mitad de los mayores de 65 años presentan problemas de audición.

El test del susurro constituye una prueba de cribado sencilla, barata, incruenta y fácil de reproducir para la detección de presbiacusia y tiene mayor validez que la pregunta de dificultad auditiva.

#### //// ID 694

Papel de la teleoftalmología en el hallazgo masivo de la DMAE en el anciano

Miranda Diez I, Pérez Andueza F, Jiménez Sierra L, García Fonseca M, González González A, Díaz Del Pozo R

Hospital del Sacyl. Ávila. Castilla y León

Correo electrónico: imiranda@saludcastillayleon.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.694>

**Objetivos.** Evaluar la utilidad de la teleoftalmología en el hallazgo masivo de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) en el anciano y en la detección precoz de los casos de mayor riesgo de ceguera irreversible asociada a esta enfermedad.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de 2.100 pacientes mayores de 60 años. Se han utilizado las imágenes de los campos centrales de ambos ojos, captadas con retinógrafos no midriáticos en Atención Primaria, transmitidas a través de Internet (intranet-Sacyl) y evaluadas por un oftalmólogo.

**Resultados.** El 48 % eran varones y el 52 % mujeres, con una edad media de 69 años. El 16,2 % mostraban algún signo de DMAE. El 1,2 % presentaban una forma avanzada de enfermedad en al menos uno de los ojos. El 4,1 % mostraban signos de riesgo, por lo que fueron informados y adiestrados para realizar un autocontrol periódico de visión monocular por su médico de Atención Primaria. El 0,8 % fueron derivados por el alto riesgo o sospecha de NVC. El 0,3 % recibieron tratamiento antiangiogénico intravítreo precoz.

**Conclusión.** La teleoftalmología se muestra como una herramienta útil para el hallazgo de la DMAE en la población general y para la detección precoz de los casos de mayor riesgo de ceguera asociada a esta enfermedad.

#### //// ID 189

Estimulación de la memoria a través de la interpretación

Ferrer Saiz L, Cay Auría M, Deza Pérez M, Monge Sanz Y, Planas Mirallas E, Martínez Milián J

CS Torrero-La Paz. Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: lolacayauria@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.189>

**Objetivos de la experiencia.** Desarrollar aptitudes y estímulos positivos en un grupo de pacientes institucionalizados mediante la representación de una obra teatral. Desarrollar estrategias nemotécnicas mediante talleres específicos ejercicios. Dar a conocer a esta población que no están solos, apoyo médico-social (recursos, servicios...).

**Descripción de la experiencia.** Se elaboró una obra de teatro relacionada con el tema de la pérdida de memoria que se tituló «Recordando a Memoria», donde el personaje Olvido es abandonado por su amada, Memoria. En primer lugar se propuso a diversos usuarios de una Residencia la participación en el proyecto. De manera voluntaria se presentaron nueve de ellos con edades comprendidas entre 69 y 95 años. Durante 6 meses (desde septiembre hasta febrero de 2010) se realizó una sesión semanal de aproximadamente una hora y media. En cada sesión inicialmente se realizaba teoría sobre la memoria (tipos de memoria..., de demencia...), o bien talleres ocupacionales para desarrollar estrategias nemotécnicas mediante ejercicios estimulantes o de asociación. La segunda parte de la sesión consistía en la lectura y ensayo de la obra teatral. Finalmente a mediados de febrero se representó la obra.

**Conclusiones.** Este proyecto de Educación para la Salud ha resultado ser un estímulo positivo no solo para los actores y sus familiares sino también para los profesionales organizadores. Mayor implicación de los médicos en actividades sociales comunitarias.

#### //// ID 622

Aplicación de terapias naturales en Atención Primaria. Ejercicios de movimientos cruzados y gimnasia cerebral

Espert Lozano S, González Candelas R, Galindo Martí M

CS Salvador Pau. Valencia. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: galinsc@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.622>

**Objetivos de la experiencia.** Mejorar los movimientos de coordinación y lateralidad. Mejorar las constantes vitales: presión arterial (PA), frecuencia cardíaca (FC) y glucemia.

Mejorar su estado de ánimo y calidad de salud. Motivarlos a realizar ejercicio físico en domicilio.

Mejorar las relaciones interpersonales.

**Descripción de la experiencia.** Aplicamos terapias naturales (ejercicios de movimientos cruzados y de gimnasia cerebral) a 20 pacientes ancianos. El único criterio de exclusión fue que su movilidad no les permitiera realizar los ejercicios. Se valoró previamente a cada paciente PA, FC y glucemia digital dado que muchos eran diabéticos e hipertensos. Se examinó su estado anímico y emocional. La calidad de vida relacionada con la salud se estudió mediante cuestionario Coop/Wonca.

Comenzaban los ejercicios sentados trabajando la motricidad al mismo tiempo que la coordinación y alternaban con juegos de gimnasia cerebral. Con la canción *Don't Worry be happy*. Después se ejecutaban los ejercicios de pie y la marcha coordinada. Fue la parte más dificultosa por combinar la marcha con los movimientos cruzados.

Al finalizar del programa se volvió a realizar la encuesta Coop/Wonca y tomar constantes. Un 75 % de los casos las cifras de tensión arterial disminuyeron entre 10 y 20 mmHg. Glucemia capilar disminuyó un 30 % de los casos. El resultado más positivo se constató en los aspectos cualitativos.

Los participantes estaban más contentos, relajados, ágiles y activos. La relación entre ellos y con nosotros había mejorado notablemente.

**Conclusiones.** Ha sido una experiencia positiva, se ha visto una mejoría del estado general de salud de los pacientes. Ha sido útil no sólo por realizar una actividad distinta de las que llevamos a cabo habitualmente, sino porque nos ayuda a mejorar el trato con los pacientes, potenciando su atención bio-psico-social

## Cáncer

### //// ID 488

Detección precoz del cáncer colorrectal: experiencia de 5 años

Ferrándiz Santos J, Amador Romero F, Bellet Lafarga N, Cabello Barrios J, Garcés Ranz J

GAP del Área 11. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: [fferrandiz.gapm11@salud.madrid.org](mailto:fferrandiz.gapm11@salud.madrid.org)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.488>

NOTA: Proyecto premiado con Premio Nacional Calidad (Ministerio Sanidad, 2009).

**Objetivos de la experiencia.** Mejorar el diagnóstico precoz del cáncer colorrectal (CCR) mediante la implantación de un circuito coordinado entre niveles asistenciales en un Área sanitaria.

**Descripción de la experiencia.** Ciclo de mejora mediante el rediseño completo del circuito asistencial: Revisión de la evidencia, identificación de puntos críticos del proceso, descripción del procedimiento, selección de criterios de inclusión e indicadores clave, soporte de la información y acciones de difusión. Grupo de trabajo multidisciplinar (gastroenterólogos, médicos de familia [MF], técnicos de calidad). Despliegue en fases en un Área de 800.000 habitantes, 28 Equipos Atención Primaria (EAP), 315 MF. Evaluación semestral y revisión de la efectividad a 5 años (2004-09) comparando con situación de origen.

**Conclusiones.** Implantación en 100 % de EAP con adherencia a criterios de inclusión superior al 85 %. Intervalo temporal de demora para colonoscopia (mediana) en días: 15.

463 pacientes incluidos con clínica dominante de cambio del ritmo intestinal (44 %) y rectorragia (29 %). Diagnóstico principal: Pólipos (24 %) y CCR (21,25 %) con localización preferente en recto (29 %) y sigma (21 %). Histología: adenocarcinoma (85 %), con una clasificación Astler-Coller del 21 % (B), 20 % (A) y 17 % (C2). Intervalo temporal entre diagnóstico de CCR e intervención: 29,14 días (mediana 22).

**Conclusión y reflexiones:** el circuito coordinado para la detección temprana del cáncer colorrectal (CCR) ha mostrado un elevado rendimiento clínico (mejora absoluta en tiempos de demora diagnóstica e intervención terapéutica) respecto de la situación origen así como una alta detección de morbilidad asociada. El abordaje integrado entre niveles asistenciales es un factor clave en la optimización de los circuitos asistenciales.

**SESIÓN ORAL 7**

Jueves, 17 de junio / 17.30-19.30 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4C

**Enfermedades infecciosas****//// ID 135**

Influencia del tratamiento inicial con fluoroquinolonas en el retraso en el diagnóstico de tuberculosis

Aguado Lázaro N, Barreiro Martínez C, Navarro Vidal B, Asensio Vegas Á

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda;  
CS Pozuelo Estación. Majadahonda, Pozuelo (Madrid).

Comunidad de Madrid

Correo electrónico: nurieta\_2000@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.135>

**Objetivos.** Conocer si el tratamiento empírico inicial con fluoroquinolonas retrasa el diagnóstico de tuberculosis pleuropulmonar, y qué otros factores pueden retrasarlo.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal: revisión historias clínicas pacientes ingresados en Hospital Puerta Hierro (Madrid) con diagnóstico de tuberculosis entre 2004 y 2009 (48 meses). Variables: demográficas, fecha diagnóstico, localización tuberculosis (pulmonar/pleural), tabaquismo, comorbilidad respiratoria, inmunodeficiencias, tratamientos iniciales: fluoroquinolonas (FQ), antibióticos no fluoroquinolonas (NFQ), no antibióticos empíricos (NA), otros tratamientos, ingreso reciente, tuberculosis antigua, contacto reciente, sintomatología, mejoría sintomática, Mantoux, baciloscopia, cultivo, anatomía patológica, radiología. Análisis estadístico: muestras independientes: prueba de la t; variables cuantitativas: U Mann-Whitney, categóricas: ji al cuadrado. Categorizamos: retraso diagnóstico = tiempo > 14 días. Cuando  $p < 0.20$  en análisis univariado hicimos modelo multivariante de regresión logística para identificar factores independientes asociados a retraso. Análisis mediante EPI-INFO 6.0yStata 9.SE.

**Resultados.** Obtuvimos 138 pacientes con tuberculosis: 63 pulmonar, 16 pleural, 1 pleuropulmonar y 58 otras, que descartamos. De nuestros 80 pacientes: varones 65%; edad media 45 años; diagnóstico: cultivo 67%; sospecha clínica + radiología + Mantoux: 14%; clínica + buena respuesta a antituberculosos: 4%, ADA elevado en líquido pleural: 9%; anatomía patológica: 5%.

Categorizamos en 3 grupos, según tratamientos empíricos iniciales: FQ 33,75%; NFQ también 33,75%; y NA 32,5%. Media de días con FQ: 5,9. Sólo estas diferencias significativas ( $p < 0,05$ ): tabaquismo: NA 42,3%; FQ 44,4%; NFQ 14,8%. Mantoux: más negativo en grupo FQ (33,3% negativo frente a NFQ 14,8% y NA 7,7%). Baciloscopia: más positivas en grupo NA y FQ que NFQ (57,7% y 55,6% frente a 22,2% respectivamente). Fiebre: más frecuente en grupos tratados, bien FQ (66,7%) bien NFQ (74,1%), que NA (38%).

De los 3 grupos presentaron retraso diagnóstico (> 14 días): grupo NA: 12%; FQ: 33,3% y NFQ: también 33,3%.

Después categorizamos en 2 grupos: retraso diagnóstico (R) o no retraso (NR), y sólo resultó estadísticamente significativo: tratamientos inmunosupresores: (R 19% frente NR 1,4%) baciloscopia positiva (14,6% R frente a 56,9% NR); y tratamiento previo con cualquier antibiótico: 90,5% R frente a 60,3% NR.

**Conclusión.** La antibioterapia por posible infección respira-

toria se asocia a retraso diagnóstico de tuberculosis pleuropulmonar, pero sin demostrarse diferencias entre antibioterapia con FQ o NFQ. El retraso diagnóstico se asoció con: antibioterapia empírica, tratamientos inmunosupresores y baciloscopia. La fiebre se asoció con mayor antibioterapia empírica desde Atención Primaria.

Dado que la prevalencia de la tuberculosis ha aumentado últimamente, deberíamos pensar más en tuberculosis, tanto si existe mejoría clínica tras tomar fluoroquinolonas como si no, y debemos agilizar sus pruebas diagnósticas.

**//// ID 281**

Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en población inmigrante

Ros Bertomeu M, Carulla Aresté M, López Aguilà N, Salazar De Tena J, Rodríguez Casado F

ABS Torredembarra. Torredembarra (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: cros@xarxatecla.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.281>

**Objetivos.** Evaluar la prevalencia de infección de transmisión sexual (ITS) en población inmigrante (PI) respecto a la población autóctona (PA).

**Material y métodos.** Estudio observacional analítico retrospectivo. *Ámbito:* un Área Básica de Salud semiurbana: 45.000 habitantes. *Sujetos:* todas las pacientes a las que se realiza citología cervicovaginal en el período 2007-2009. *Variables:* edad, área origen (AO), tiempo residencia (TR), presencia de vaginitis, vaginosis y/o cervicitis (bacteriana [IB], protozoaria [IP] y fúngica [IF]) en citología. *Análisis:* descriptivo bivariente.

**Resultados.** 1.822 muestras analizadas. 106 en PI. Edad media (EM):  $40,6 \pm 13,7$  años.

Observamos diferencias estadísticamente significativas en EM:  $34,1 \pm 10,5$  de PI frente EM:  $41,0 \pm 13,8$  de PA ( $p < 0,001$ ). Citologías patológicas 22,6% en PI frente 14,6% en PA, con diferencias significativas ( $p = 0,034$ ). 14,2% IB en PI frente 6,5% IB en PA ( $p = 0,009$ ), 0,9% IP en PI frente 0,4% IP en PA ( $p = 0,382$ ) y 7,5% IF en PI frente 7,3% IF en PA ( $p = 0,848$ ). Sin diferencias en la proporción de citologías patológicas según AO (27,1% latinoamericanas frente 15% del Magreb,  $p = 0,627$ ). Se observaron diferencias entre PI según TR (46,7%: 1-2 años frente 14,5%: 2-5 años,  $p = 0,018$ ).

**Conclusión.** La infección más prevalente es fúngica, pero como ésta es a menudo una infección endógena consideramos que la ITS más común es bacteriana. La prevalencia de ITS es superior en PI que PA y acontece en población más joven. No se observaron diferencias en PI según AO. Las ITS se suelen presentar de forma asintomática pudiendo dar lugar a una serie de complicaciones/secuelas si no son diagnosticadas y tratadas correctamente. Debemos incidir en la realización de citologías en PI con un TR menor de dos años pues su prevalencia es mayor en este grupo.

**//// ID 291**

Automedicación con antibióticos y características asociadas del paciente

Muriel Patino E, Reche Martínez B, Martín Vegas E, Laguna Sorinas I, Sáenz Del Castillo M, Azpeitia Muñoz C

CS Bustarviejo I; CS Infanta Mercedes. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: evamuriel@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.291>

**Objetivos.** Determinar proporción de pacientes que se automedica con antibióticos de los que acuden a dos centros

de salud (CS) el último mes. Determinar posible asociación entre consumo de antibióticos y variables sociodemográficas, hábitos tóxicos, tratamientos crónicos, síntomas y automedicaciones previas. Identificar antibióticos más utilizados, fuentes de obtención.

**Material y métodos.** *Diseño:* descriptivo transversal retrospectivo. *Período:* julio 2009-enero 2010. *Ámbito:* CS urbano. *Sujetos:* mayores de 14 años, con tarjeta sanitaria, pertenecientes a los CS. *Criterios de exclusión:* patología psiquiátrica incapacitante, menores 14, deterioro cognitivo, analfabetos, desconocer castellano sin traductor, invidentes solos. *Tipo de muestreo y tamaño muestral:* consecutivo oportunistico no sistematizado, N = 353. *Variables:* principal: automedicación con antibióticos. Secundarias: sociodemográficas, hábitos tóxicos, tratamientos crónicos, automedicaciones previas, síntomas que provocan automedicación, antibiótico más usado. Recogida de información: encuesta semiestructurada autocumplimentada no validada.

**Resultados.** N = 353. Mujeres 239 (67,7 %). Edad media 54,74 (DS ± 19,61). Viven solos 81 (22,9 %). Sin estudios 11 (3,1 %), estudios universitarios 119 (33,7 %). Españoles 285 (80,7 %). Proporción de pacientes automedicados con antibióticos el último mes: 16,1 % (IC95 % 11,65-19,50), sin diferencias entre hombres (32,7 %) y mujeres (67,3 %) (p = 0,935). No hay diferencia edad media DM 0,52 (IC95 % -5,24-6,28). No hay asociación entre automedicación con antibióticos y tratamiento crónico OR 1,05 (IC95 % 0,57-1,92) ni conocimiento de la indicación terapéutica de antibióticos OR 1,35 (IC95 % 0,75-2,44). No encontramos asociación con hábitos tóxicos, automedicaciones previas ni síntomas. Antibiótico más usado: betalactámicos (74,5 %) para el «dolor de garganta» (46,3 %). Fuente de obtención predominante: «yo mismo» (42,6 %).

**Conclusión.** En nuestra población la proporción de autoconsumo es similar a otros estudios. No encontramos asociación del autoconsumo con las variables estudiadas. Los antibióticos más utilizados fueron betalactámicos ante el síntoma más frecuente «dolor de garganta».

#### //// ID 607

Impacto de dos tipos de intervenciones en la prescripción antibiótica de la sinusitis aguda

Llor Vilà C, Arranz Izquierdo J, Gómez García M, Monedero Mira M, Ruiz C, Cots Yago J

GdT Enfermedades Infecciosas de la semFYC. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: carles.llor@urv.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.607>

**Objetivos.** Evaluar el impacto de dos intervenciones dirigidas a médicos de atención primaria en la prescripción antibiótica en cuadros de sinusitis aguda.

**Material y métodos.** Estudio de intervención antes-después realizado en consultas de atención primaria de España. Un total de 281 médicos registraron todas las sinusitis en dos periodos de 3 semanas, en 2008 (preintervención) y 2009 (postintervención). En 2009 se incluyó un grupo de 58 nuevos médicos que actuaron como controles. Los 210 médicos asignados al grupo de intervención completa (IC) realizaron sesiones de discusión de resultados del primer registro, cursos de formación, repaso de guías, folletos de información para pacientes y taller de métodos rápidos así como se dieron aparatos de proteína C reactiva (PCR) en sus consultas. Los 71 médicos en el grupo de intervención parcial (IP) realizaron lo mismo menos el taller y no se dieron aparatos de PCR.

**Resultados.** Se registraron en total 836 cuadros de sinusitis y se trataron con antibióticos 651 (77,9 %). En el grupo control se prescribieron antibióticos en el 85 % de los casos, en el grupo IP un 87,4 % en 2008 y 82,9 % en 2009 y en el GC, 87,4 % y 60,7 %, respectivamente (p < 0,001). La PCR sólo se utilizó en el GC en el 2009, determinándose en 207 casos de un total de 275 (75,3 %). El antibiótico más prescrito en todos los grupos fue amoxicilina/ácido clavulánico menos en el GC en 2009, que correspondió a amoxicilina.

**Conclusión.** La IC redujo la prescripción de antibióticos y mejoró cualitativamente ésta comparado con los otros grupos.

#### //// ID 715

Adecuación del diagnóstico y tratamiento de las ITU en la mujer (variante correcta)

Llor Vilà C, López Plana A, Cots Yago J, Rabanaque Mallén G

CAP Jaume I; CAP Bon Pastor; CAP La Marina; CAP Navajas.

Tarragona, Barcelona, Valencia. Cataluña, Comunidad Valenciana

Correo electrónico: analopez1@ono.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.715>

**Objetivos.** Evaluar el manejo de las ITU de la mujer por parte de los médicos de familia (MF) y adecuación a guías de práctica clínica.

**Material y métodos.** Estudio transversal realizado en 2009. Ámbito de Atención Primaria. MF que registraron con metodología Audit Project Odense, durante 8 semanas; las 6 primeras ITU bajas de mujeres > 14 años que diagnosticaron en consulta mediante plantilla, recogiendo: edad, días de evolución, episodio de infección, antecedentes de riesgo de ITU complicada, síntomas, procedimientos diagnósticos, tratamiento antibiótico y duración del mismo. Análisis de datos con SPSS v. 15. Estadística descriptiva, ji al cuadrado.

**Resultados.** Participaron 110 médicos de 15 comunidades autónomas incluyendo 658 mujeres con ITU. El síntoma más frecuente fue disuria en 81,9 %, seguido de polaquiuria en 70,5 % y dolor suprapúbico en 33,1 %. En el 83,6 % se realizó determinación de tira reactiva. Se pidió urocultivo al 35,7 % de mujeres. En el 49,6 % de casos había criterios para pedirlo y en el 32,8 % no se cumplían criterios para ello. Al 96,3 % se le administró antibiótico. 385 pautas fueron cortas (60,7 %), 75 de las 115 ITU con riesgo de ser complicadas fueron pautas largas (65,2 %). Sólo en el 17,5 % de casos se utilizaron antibióticos de primera elección.

**Conclusión.** Pobre adherencia de MF a las recomendaciones actuales en las ITU de la mujer. Sobreutilización de tiras reactivas e inadecuación de solicitud de urocultivos. Se aprecia una baja utilización de antibióticos de primera elección, lo que puede influir en la evolución clínica, en mayor riesgo de desarrollar resistencias antimicrobianas y mayores costes.

## EPOC y enfermedades respiratorias

#### //// ID 537

Utilización del índice FEV1/FV6 y del FEV1 medidos con el vitalograph-COPD6 portátil en el ámbito de Atención Primaria para el diagnóstico de la EPOC

Menem M, Juvanteny Gorgals J, Oltean D, Rennie M, Mayta Julca O, Feijoo Campos I

EAP Via Bàrcino; SAP Muntanya, Àmbit Barcelona, ICS. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: juvanteny@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.537>

**Objetivos.** El FEV1/FEV6 podría sustituir al FEV1/FVC para screening diagnóstico de EPOC. Vitalograph-COPD6 mide FEV1, FEV6 y FEV1/FEV6. (No muestra curvas). No está validado en Atención Primaria, ni bien definido el FEV1/FEV6 diagnóstico de obstrucción. Correlacionar los valores del FEV1 del COPD6 con los obtenidos con espirómetro. Determinar el punto de corte del FEV1/FEV6 obtenido con COPD6 con mejores sensibilidad, especificidad y valores predictivos para diagnosticar obstrucción (FEV1/FVC < 70, espirómetro).

**Material y métodos.** Estudio de validación. Centro de salud urbano, de Atención Primaria. Incluimos 81 pacientes (18 a 75 años). Excluimos: Contraindicación para espirometría. Dos observadores realizan tres maniobras con COPD6 y con espirómetro (registrándose las mejores). Se correlacionan los FEV1 obtenidos con V-COPD6 y con espirómetro. Se determina el punto de corte de FEV1/FEV6 que mejor concuerda con el FEV1/FVC < 70 %. Calculamos curvas Roc.

**Resultados.** El mejor punto de corte del FEV1/FEV6 que concuerda con FEV1/FVC < 70 % corresponde a FEV1/FEV6 = 75 % (S = 86,7; E = 84,3; VPN = 91,5; VPP = 76,5). La curva ROC: Área bajo curva 88 % (IC95 % 77,9-98,1). La correlación entre FEV1 (ESPIRO) con FEV1 (COPD6) en litros es  $r = 0,95$ . La correlación FEV1 % (ESPIRO) con FEV1 % (COPD6) es  $r = 0,7$ . Con el FEV1 % (COPD6) clasificamos correctamente: 42,9 % de EPOC graves, 65,2 % de EPOC moderados, 92,2 % de EPOC leves. El FEV1 % (COPD6) da valores generalmente superiores a los del FEV1 % (ESPIROMETRIA) e infravaloramos la gravedad.

**Conclusión.** El FEV1/FEV6 obtenido con el COPD6 es un buen método de screening de obstrucción, el valor diagnóstico debe ser < 75 % con un VPN del 91,5 %. El FEV1 % (COPD6) no debe ser utilizado para clasificar el grado de obstrucción ya que sólo clasifica bien los casos leves.

#### //// ID 569

Relación entre variables clínicas y el grado de gravedad en pacientes con síndrome de apnea-hipopnea del sueño

Fernández-Lahera Martínez J, Losada M, Cepeda Muñoz S, Martínez Verdasco A, Fernández-Bujarrabal J, Madero Jarabo R

Hospital Universitario La Paz. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: jfzlahera@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.569>

**Objetivos.** Estudiar la relación entre diferentes variables clínicas (edad, grado de Mallampati, perímetro del cuello e índice de masa corporal) y el grado de gravedad del síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS).

**Material y métodos.** 172 pacientes derivados mayoritariamente desde Medicina de Familia a Neumología. Diagnosticados mediante una poligrafía respiratoria o una polisomnografía. Clasificados por el índice de apnea-hipopnea (IAH) en grupo 1 (leves, IAH entre 5-15) grupo 2 (moderados, 15-30) y grupo 3 (graves, > 30).

**Resultados.** El grupo 1, de 53 años de edad media, IMC 28,9 Kg/m<sup>2</sup>, grado de Mallampati 3,02, perímetro del cuello 42,9 cm. y un IAH 10,1/h. El grupo 2, 58 años, IMC 32,1 Kg/m<sup>2</sup>, Mallampati 3,2, cuello 42,4 cm, y un IAH 22,7/h. El grupo 3, 61 años, IMC 32,5 Kg/m<sup>2</sup>, Mallampati 3,38, cuello 44,8 cm, y un IAH 59,4/h. Mediante un análisis de la varianza y un test *post hoc* de Bonferroni encontramos diferencias significativas en la edad, comparando los grupos 1 y 3 ( $53 \pm 13$  frente a  $61 \pm 13$ ;  $p < 0,009$ ); el BMI, al comparar los gru-

pos 1 y 2 ( $28,9 \pm 4,6$  frente a  $32,1 \pm 7,1$ ;  $p < 0,0096$ ) y entre el 1 y el 3 ( $28,9 \pm 4,6$  frente a  $32,5 \pm 5,7$   $p < 0,0096$ ); y en el perímetro del cuello, entre el 1 y el 3 ( $42,9 \pm 4,9$  frente a  $44,8 \pm 3,46$ ;  $p < 0,0049$ ). Con el test de Kruskal-Wallis no encontramos diferencias significativas entre el grado de Mallampati y la gravedad del SAHS.

**Conclusión.** Los pacientes con mayor edad, mayor perímetro del cuello y mayor BMI tienen un mayor grado de gravedad del SAHS.

#### //// ID 571

Terapia de mantenimiento y a demanda con budesonida/formoterol comparado con el mejor tratamiento convencional para el asma en un estudio de la vida real

Calvo Corbella E, Plaza Moral V, Quirce Gancedo S, Barcina C, Muñoz M, Ampudia R

CS Pozuelo; Hospital Sant Pau; Hospital La Paz; Departamento

Médico de Astrazeneca; Biometría de Quintiles. Madrid.

Comunidad de Madrid

Correo electrónico: eduardo.calvo@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.571>

**Objetivos.** Evaluar en la práctica clínica real seguridad y eficacia de Symbicort SMART frente a la mejor práctica convencional (MPC) en adultos con asma persistente moderada-grave.

**Material y métodos.** Ensayo clínico aleatorizado, abierto de grupos paralelos. Participaron 69 centros durante 6 meses, pacientes de consultas externas de Neumología, Alergología y Atención Primaria. Eficacia, evaluada analizando frecuencia y tiempo hasta primera exacerbación, uso de medicación a demanda, dosis diaria de corticoides inhalados (CI) I y puntuación del cuestionario del control del asma, ACQ5.

**Resultados.** 654 pacientes aleatorizados (64 % mujeres, edad media 44 años). Hubo menor número de exacerbaciones graves no significativo en el grupo Symbicort SMART (22, 6,7 %) frente a MPC (31, 9,5 %), RR = 0,753, IC95 % 0,44-1,26,  $p = 0,29$ ; pero el tiempo hasta la primera exacerbación fue mayor con symbicort SMART a dosis bajas de CI que en el grupo MPC tratado con altas dosis de CI (HR 0,187, IC95 % 0,088-0,400;  $p < 0,0001$ ). La dosis diaria promedio de CI fue menor en el grupo Symbicort SMART comparada con MPC (799 frente a 1184  $\mu\text{g/d}$ , respectivamente, 33 % de reducción;  $p < 0,001$ ). El control del asma según el ACQ5 mejoró significativamente con Symbicort SMART, respecto a MPC ( $p < 0,029$ ).

**Conclusión.** El tratamiento del asma con Symbicort SMART proporciona un mejor control del riesgo futuro (menos exacerbaciones) y del actual (control por síntomas) en comparación con la práctica clínica habitual, incluso utilizando una menor cantidad de CI.

#### //// ID 679

Pacientes con asma: perfiles de comorbilidad crónica y variabilidad en su gestión clínica en un Área de Salud

Alberquilla Menéndez-Asenjo Á, García Olmos L, Ayala Vargas V, Gil De Pareja Palmero M, Camacho Hernández A, Hernández Salvador C

GAP de Área 2 y 11; Unidad Telemedicina y e-Salud, Instituto de Salud.

Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: aalberquilla.gapm11@salud.madrid.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.679>

**Objetivos.** Describir perfiles de comorbilidad crónica (CC) en pacientes asmáticos, determinando el grado de variabilidad de manejo clínico por los médicos de familia (MF).

**Material y métodos.** *Diseño:* transversal, descriptivo. *Ámbito:* pacientes con asma atendidos por 129 médicos de familia seleccionados de un Área Sanitaria durante 2007. *Fuentes:* historia clínica electrónica. Bases de facturación farmacéutica. Agrupamos pacientes mediante el sistema grupos clínicos ajustados (ACG) de *case-mix* para ajustar indicadores por complejidad y estratificándolos en bandas de utilización de recursos (BUR). *Mediciones:* número de CC coexistentes (CC = 0 a CC  $\geq$  5). Consumos de visitas, farmacia, laboratorio y derivaciones según grado CC (BUR). Índices casuístico (IC) y funcional (IF) por médico. Razón de variación bruta (RV), depurada (RV5-95) e intercuartílica (RV25-75). Regresión lineal.

**Resultados.** Un 40 % de casos presentan asma aislada, un 25 % más coexisten con una sola CC y  $\geq$  5CC el 7 %. Fundamentalmente Depresión (25 %), Hipertensión y Obesidad (20 %) y enfermedades del Tiroides (17 %). Incremento de consumos por paciente según CC (Visitas: BUR2 = 3,6-BUR5 = 23,5; Farmacia (€): BUR2 = 64,8-BUR5 = 991,6; Laboratorio: BUR2 = 0,1-BUR5 = 1,21; Derivaciones: BUR2 = 1,1-BUR5 = 1,9). Fuerte correlación entre CC y consumos analizados ( $R \geq 0,96$ ;  $R_2 \geq 0,93$ ). Importante variabilidad entre MF en complejidad y perfiles de gestión tanto de visitas como farmacéutico respectivamente (IC: RV = 1,69 y 5,22; RV5-95 = 1,45 y 2,61; RV25-75 = 1,19 y 1,56; IF: RV = 3,37 y 8,83; RV5-95 = 1,81 y 2,56; RV25-75 = 1,28 y 1,46) ajustadas por complejidad.

**Conclusión.** Los pacientes con asma suelen presentar bajas cargas de CC. El número de enfermedades asociadas condiciona el impacto de estos pacientes sobre los servicios sanitarios. Objetivamos gran variabilidad en la gestión por los profesionales estudiados no explicable por la complejidad de los pacientes.

#### SESIÓN ORAL 8

Jueves, 17 de junio / 17.30-19.30 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4D

## Alcohol y drogadicción

### /// ID 656

¿Les parece bien a nuestros jóvenes que les interroguemos sobre drogas?

Ormeño Victorero G, Carrera Lama M, Llano Izquierdo M, Villar Balboa I, Carrillo Muñoz R, Aguilar Margalejo A

ABS Florida Sud. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: miriamllano@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.656>

**Objetivos.** Describir opinión de jóvenes autóctonos y latinoamericanos respecto a interrogatorio de personal sanitario (PS) sobre drogas.

**Material y métodos.** *Diseño:* estudio por encuesta. *Ámbito:* centro de salud (CS) urbano. *Sujetos:* pacientes de 16-35 años hispanohablantes. Noviembre 2009-febrero 2010.

*Intervención:* cuestionario autoadministrado. Anónimo. *Mediciones:* edad, sexo, estudios, procedencia, ocupación, opiniones (Likert 10 puntos).

**Resultados.** 278 cuestionarios (respuesta: 82 %). 65 % mujeres. Edad media de 26 años (IC95 % 25,5-26,8). Latinoamericanos 38 %. Trabajaba 60 %, estudiaba 13 %, ambos 18 %. Estudios: FP-secundaria 41 %, técnico medio-superior 31 %,

titulado superior 20 %, primaria 6 %. Autóctonos mayor titulación media-superior (72,5 % frente a 27,5 %,  $p < 0,01$ ). Consumo de tabaco: 55 %, alcohol: 80 %, marihuana: 19 %, cocaína: 6 % y pastillas: 2 %.

– Interrogatorio tabaquismo: 83 % interrogado. El 81 % se sintió cómodo, 93 % a favor, 93 % cree que PS debe preocuparse, 94 % a favor recibir información. Latinoamericanos menor tabaquismo (32,6 % frente a 67,5 %,  $p < 0,01$ ), menos interrogados (25,7 % frente a 11,4 %,  $p < 0,01$ ), menos a favor interrogatorio (13 % frente a 4,2 %,  $p < 0,01$ ). A menor grado estudios, menos cómodos ante interrogatorio (25 % frente a 13,9 %;  $p = 0,03$ ).

– Interrogatorio alcohol: 76 % interrogado. El 82 % se sintió cómodo, 92 % a favor, 92 % cree que PS debe preocuparse, 93 % a favor recibir información. Latinoamericanos menor consumo (66 % frente a 87 %;  $p < 0,01$ ), menos a favor que PS interroge (13,3 % frente a 5,5 %;  $p = 0,03$ ). Mujeres menos interrogadas (28 % frente a 14 %;  $p < 0,01$ ). Menor grado estudios, menos cómodos (22,9 % frente a 12,7 %;  $p = 0,06$ ) y menos a favor de interrogatorio (12,1 % frente a 5,1 %;  $p = 0,048$ ).

– Interrogatorio drogas: 46 % interrogado. 85 % se sintió cómodo, 91 % a favor, 92 % cree que PS debe preocuparse, 93 % a favor recibir información. Latinoamericanos menor consumo marihuana (5,5 % frente a 26 %,  $p < 0,01$ ) y cocaína (1,1 % frente a 8,3 %,  $p = 0,019$ ).

**Conclusión.** Latinoamericanos menor tabaquismo, consumo alcohol, marihuana y cocaína. Menor disposición hacia interrogatorio de alcohol y tabaco. Escaso interrogatorio del consumo de drogas aunque la mayoría de pacientes estén a favor. Las mujeres menos interrogadas sobre alcohol.

### /// ID 302

Un proyecto de participación comunitaria con el Instituto José Saramago

Fenoll Brotons C, Blanco Canseco J, Sosa Díaz-Saavedra C, Gómez Puente J, Martínez Ferrin M

CS Valle La Oliva. Majadahonda (Madrid). Comunidad de Madrid

Correo electrónico: carmenfenoll@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.302>

**Objetivos de la experiencia.** Realizar un proyecto de educación para la salud centrado en tres temas drogas (tabaco, alcohol y cannabis), sexualidad y nutrición en el instituto, dado que la población adolescente a la que va dirigido acude poco a las consultas. Existe la necesidad de que esta población tenga los conocimientos suficientes en las tres áreas priorizadas, para una actuación responsable. Realizar una verdadera participación comunitaria al interactuar con otros centros y personas docentes, intentando crear un abordaje común.

**Descripción de la experiencia.** Primera puesta en contacto con el instituto para llevar a cabo la experiencia, reuniones para priorizar los temas a tratar y ver qué se había hecho ya anteriormente en el aula o externamente sobre ello. Lo realizamos en grupos pequeños de 20 personas y durante las horas de tutoría. Se utilizó un sistema de presentación breve, grupos de discusión y *roll playing*, dándoles así mismo material de apoyo. Se realizó en 2.º de la ESO tal y como nos había demandado el instituto. En total fueron 15 sesiones, 9 sobre drogas, 3 sobre nutrición y 3 sobre sexualidad.

**Conclusiones.** La comunidad es muy receptiva a las actividades de participación comunitaria y nuestra especialidad es Medicina Familiar y Comunitaria. Los adolescentes son una población muy gratificante con la que trabajar siempre



que el temas les motive y se haga de forma atractiva (presentaciones divertidas con muchos dibujos y utilizando su argot, pueden interrumpir siempre que quieran la presentación, libertad de opinión en los grupos de discusión, identificación con los protagonistas de los *roll playing*.

## Atención al adolescente

### //// ID 762

Negociación de sexo seguro. Utilidad de un taller para adolescentes escolarizados

Gómez Fernández C, Bonilla Ruiz S, Vicente González E, Pérez García E, García Tirado M, Cabrera Rodríguez C

CS Huétor-Tájar; UD de MFyC de Granada. Granada. Andalucía

Correo electrónico: sandrisisima@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.762>

**Objetivos.** Conocer en adolescentes escolarizados su conducta sexual y la práctica no segura de sexo. Estudiar un modelo de entendimiento de práctica sexual no segura valorando fase contemplativa en conductas seguras, actitudes y creencias sobre condón; y conducta anticipada ante situaciones de sexo no seguro.

**Material y métodos.** *Ámbito:* comunitario. Zona básica de salud. *Diseño:* transversal por encuesta. *Población:* 108 adolescentes de 14-17 años escolarizados. *Ámbito rural.* *Mediciones:* encuesta autocumplimentada: 60 ítems agrupados: conductas sexuales; contemplación de conducta segura: comprar, llevar, usar condón, decir no sin condón; actitudes y creencias sobre condón; conducta anticipada ante sexo no seguro con pareja y encuentro casual. *Análisis:* descriptivo bivariante.

**Resultados.** El 56 % son mujeres, la mitad tiene 15 años. Uno de cada 4 declara prácticas sexuales con penetración (72 % sin preservativo). Uno de cada 5 no se siente ni capaz ni decidido para conductas seguras y 30 % indeciso. La mujer se ve menos capacitada y decidida para comprar y llevar condón ( $p = 0,00$ ) y más para negativa a relación sin condón y uso en pareja estable ( $p = 0,03$ ). Ante una relación sexual inminente sin preservativo el 30 % de varones continuaría frente al 10 % de mujeres ( $p = 0,05$ ). Usar condón en pareja 20 % varones 1,7 % mujeres considera falta de confianza.

**Conclusión.** La práctica de sexo no seguro es preocupante (1 de cada 4). Se ven más capacitados que decididos para cambiar conductas; centrándose las dificultades en mujeres en comprar y llevar preservativo, en varones: decir no a un encuentro fortuito sin condón.

### //// ID 797

Es sábado noche y soy un adolescente

Moya De La Calle M, Sánchez Ramón S, González Fernández-Conde M, Manzano García M, García Martín F, Martín Pérez B

Servicio de Urgencias Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. Castilla y León

Correo electrónico: sussanchez@ono.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.797>

**Objetivos.** Analizar las intoxicaciones producidas en adolescentes, por drogas de abuso. Conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas para poder realizar actividades preventivas.

**Material y métodos.** *Tipo de estudio:* descriptivo transversal. *Ámbito:* SUH. *Sujetos:* pacientes con edades entre 12 y 18 años: 2.121. Según diagnóstico al alta se obtuvieron un total

de 54 que habían acudido por intoxicación por algún tipo de droga de abuso. *Variables:* edad, sexo, tipo de sustancia, día de la semana y hora, llegada al SUH y destino.

**Resultados.** Los adolescentes supusieron un 5 % del total de las urgencias atendidas. La sustancia de mayor consumo fue el alcohol (79 %) seguido del cannabis (9 %), benzodiazepinas (8 %) y cocaína (4 %). El consumo de alcohol aumenta con la edad. En el grupo de los 18 años es mayor en los El día que más acuden a los servicios de urgencias son los sábados seguidos de los viernes. El 61 % del total se atiende en la franja horaria de 20 a 0 horas. El 66 % llegan en ambulancia. Se dio de alta al 100 %.

**Conclusión.** El consumo de drogas entre los estudiantes de 14 a 18 años continúa siendo experimental u ocasional, vinculado al ocio y al fin de semana. El alcohol sigue siendo la droga más consumida y la proporción aumenta progresivamente con la edad. El consumo de drogas ilegales está más extendido entre los hombres que entre las mujeres. Abusan de los servicios de transporte sanitario, seguramente motivado por la alarma que causa una intoxicación grave en adolescentes si experiencia sanitaria.

## Tabaquismo

### //// ID 396

Cómo valorar el nivel de soporte social en personas que han dejado de fumar: adaptación lingüística y validación de un cuestionario en Atención Primaria

Suárez E, Dona M, López González M, Martín Cantera C, Jané Julió M, Feijoo Rodríguez M

CAP Passeig de Sant Joan. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: carlos.martin@uab.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.396>

**Objetivos.** El soporte social es un elemento importante en el proceso del tratamiento del fumador, y no se utilizan cuestionarios para valorarlo en atención primaria (AP). Es necesario incluir el cuestionario internacional más utilizado (*Partner Interaction Questionnaire*: PIQ).

**Objetivo:** adaptación lingüística y validación del cuestionario PIQ en AP y conocer grado de soporte social obtenido por ex fumadores de nuestro entorno.

**Material y métodos.** Procedimiento de adaptación y validación: 1) traducción del cuestionario (inglés-español) por dos personas independientes. 2) versión consensuada, 3) retrotraducción, 4) prueba piloto. Población estudio: pacientes > 15 años, que han realizado intentos para dejar de fumar en últimos 3 años. Variables: sociodemográficas, test de Fagërs-trom, enfermedades crónicas asociadas (HTA, DM, AVC, CI, EPOC, asma, neoplasias, hipercolesterolemia), variables cuestionario PIQ (10 preguntas positivas y 10 negativas con 5 respuestas por pregunta, valoradas según escala Likert).

**Resultados.** Estudio realizado en enero-marzo 2010, incluyendo 72 personas. Hombres: 62,5 %. Edad: 53,7 años (DE 14,7). Nivel de consumo: 22,4 cig/d (DE 13,8). Nivel dependencia: 30,6 % alta, 29,2 % moderada, 40,3 % baja. Enfermedades crónicas: 53 %. (HTA 47 %, DM 16 %, CI 13 %, EPOC 21 %, asma 16 %). Soporte social percibido: pareja 58 %, familiar 22 %, amigos 7 %, nadie 10 %. Test PIQ: Consistencia interna: alfa de Cronbach 0,96 (ítems positivos), 0,86 (ítems negativos). Valores PIQ en ítems positivos con promedio de: 27,5 y en negativos de: 18,6. Se ha calculado el ratio de ítems positivos/negativos: 2,23 (DE 2,6).

**Conclusión.** El test PIQ resulta ser herramienta válida en forma autoadministrada para pacientes en consulta y puede resultar instrumento útil en la investigación.

**//// ID 10**

Creación de un grupo de trabajo de abordaje del tabaquismo en un Departamento de Salud

Ribera Osca J, Mañas Iñesta M, Matoses Climent M, Fuertes Fortea A, Palop Larrea V, Matoses Climent MA  
CS Alginet, Hospital de la Ribera. Alginet (Valencia). Comunidad Valenciana

Correo electrónico: joanrios@hotmail.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.10>

**Objetivos de la experiencia.** Varios objetivos:

- Coordinar las acciones frente al tabaquismo en un departamento de salud (AP y atención especializada).
- Asegurar la formación de los profesionales.
- Ofrecer una asistencia de calidad a los usuarios.
- Crear una estructura de trabajo en red.

**Descripción de la experiencia.** En noviembre de 2007 se realizó el curso de formación del programa «Atención Primaria sin Humo» de la semFYC, germen de inicio del Grupo de Trabajo de Abordaje del Tabaquismo del Departamento.

Se pidió a los coordinadores médicos y a los de enfermería que enviasen un médico y un enfermero por cada zona básica del departamento. En adelante, éstos serían los encargados de transmitir las directrices del grupo, en cuanto a abordaje del tabaquismo, a los profesionales de cada zona básica. Además, se integró en el grupo un representante de UCA, de Salud Pública, de Salud Laboral y un pediatra de enlace. Posteriormente se realizó un curso de formación de formadores para los integrantes del grupo de trabajo, a partir del cual, éstos desarrollaron una sesión clínica por centro de salud sobre intervención mínima en tabaquismo.

Se realizan dos reuniones anuales: en mayo (preparación Semana sin Humo) y en noviembre (memoria anual de actividades).

**Conclusiones.** Ha habido un aumento del registro del diagnóstico de tabaquismo en las historias clínicas del departamento (del 2 % en 2008 al 5 % en 2009). Se han realizado once sesiones clínicas con 156 asistentes. Participación con 110 encuestas en la Semana sin Humo de la semFYC. Podemos concluir que la creación del un grupo de trabajo ha sido efectiva para la consecución de los objetivos propuestos.

## Violencia doméstica

**//// ID 414**

Prevalencia de malos tratos a mujeres en el ámbito rural

Ruiz Lavela F, García Moya S, Martín Rodríguez M, Medina Abellán M, Pereñíguez Barranco J, Pérez Carceles M

Consultorio de Librilla; Hospital Los Arcos; CS Vistabella; CS Espinardo; Departamento de Medicina Legal Universidad de Murcia. Murcia.

Región de Murcia

Correo electrónico: franlavela@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.414>

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de malos tratos y variables asociadas en mujeres en consultas de Atención Primaria en el medio rural.

**Material y métodos.** Estudio transversal realizado en consultas de Atención Primaria en el medio rural. La muestra está compuesta por 125 mujeres seleccionadas aleatoriamente entre aquellas que demandan asistencia sanitaria por motivos de consulta distintos a los malos tratos. Los datos se recogieron mediante encuesta realizada en consulta en la

que previamente se les solicitó el consentimiento para la participación del estudio. Se recogieron variables sociodemográficas y para conocer la prevalencia de malos tratos utilizamos la escala validada en español por Delgado y cols. (2006). Los datos fueron analizados mediante el programa informático SPSS v.15.0.

**Resultados.** La edad media de las mujeres es de 40,8 años (DE: 12,7). El 68,8 % de ellas están casadas. El 12,8 % no tienen estudios y el 50,4 % trabaja en la actualidad. El 32,8 % de las mujeres contestó positivamente a alguna pregunta de malos tratos. En el grupo de mujeres maltratadas, 68,3 % están casadas, 53,7 % conviven con pareja e hijos, el 39 % han alcanzado estudios secundarios y el 53,7 % no trabajan fuera del hogar.

**Conclusión.** La prevalencia de malos tratos es del 32,8 % entre las mujeres que no habían consultado nunca por esta situación. La escala utilizada es una escala breve de fácil aplicación y manejo en Atención Primaria, que permite la detección de este tipo de situación que en muchas ocasiones no es comunicada por las mujeres.

**//// ID 91**

Talleres de autoconocimiento para el cambio, una experiencia de intervención comunitaria

Morales Rueda A, Endevini Lagar E, Cardunets García D, Clemente S, Mencías H

CS Colmenar Viejo Norte. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: ameliamorales@masvital.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.91>

**Objetivos de la experiencia.** La experiencia ha consistido en el desarrollo de dos talleres de autoconocimiento para el cambio para grupos de mujeres. Son una actividad de educación para la salud estructurados dentro del marco teórico y metodológico de la terapia de reencuentro, creada por Fina Sanz, que integra aspectos psicológicos, sexológicos y educativos con una perspectiva de género y comunitaria.

El objetivo global es favorecer el autoconocimiento para desarrollar herramientas personales que mejoren el bienestar. Los objetivos específicos son:

- Conocer, sentir, interpretar el lenguaje corporal explorando la unidad cuerpo-mente.
- Facilitar herramientas para aprender a conocerse, a escucharse, a darse cuenta de lo que sentimos y qué tiene que ver con nuestra vida.
- Aprender a dar, recibir, a cuidar y dejarse cuidar. Aprender a cuidarse a sí misma.
- Promocionar la salud de las mujeres desde una perspectiva de género.
- Recuperar el cuerpo en positivo.
- Desarrollar la globalidad y la genitalidad erótica.
- Aprender a relajarse, a respirar.
- Favorecer la autonomía.
- Favorecer la creación de redes afectivas o redes de apoyo mutuo.
- Aprender a vincularse desde el buentrato.
- Crear un clima de confianza y participación. Darles un espacio para ser escuchadas, escuchar a las demás y a sí mismas.

**Descripción de la experiencia.** La escucha es un móvil para el cambio.

La metodología, aplicada dentro del grupo protegido, consiste en experiencias vivenciales (desencadenadas con determinados ejercicios) para posteriormente introducir conceptos teóricos y discusión en grupo. Los talleres fueron de 3 horas semanales, 9 y 12 semanas respectivamente.

**Conclusiones.** Las mujeres se empoderan y aprenden recursos para sanar su vida. Los talleres inician el cambio personal y la prevención del maltrato.

### /// ID 218

La Comisión Violencia Género del Área de Salud Ibiza y Formentera cumple 5 años (2005-2010)

Alonso Romero V, Corrienero Soto C, García Charle A, Herrero Anton M, Llosá J, Pasamon E

CS San Antonio; CS Santa Eulalia; CS Es Viver; CS Can Misses; CS Vila; CS de Formentera; Hospital Can Misses. Ibiza, Formentera. Illes Balears

Correo electrónico: ccorrienero@ibsalut.caib.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.218>

**Objetivos de la experiencia.** El objetivo es tener un punto de referencia y un grupo de trabajo en materia de violencia de género (VG) para los profesionales de Atención Primaria y de urgencias hospitalarias del área de salud de Ibiza y Formentera, y un espacio donde poder elaborar circuitos de derivación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales de atención a la mujer (en el caso del Consell de Ibiza, la oficina de la dona), discutir casos difíciles en la consulta, y promover la formación y sensibilización de l@s profesionales sanitari@s hacia esta patología presente en nuestras consultas diarias.

**Descripción de la experiencia.** La comisión surgió hace 5 años, en un principio formada por unas pocas médicas de familia y responsables de la oficina de la dona, donde analizábamos la falta de formación y las dificultades de derivación desde Atención Primaria y hospital a la oficina de la dona; y en la actualidad cuenta con 18 profesionales (médico@s, enfermer@s, trabajadoras/es sociales, directiv@s, informatic@s y responsables de la oficina de la dona) y llevamos a cabo distintas tareas: promoción de cursos formativos y de sensibilización entre l@s profesionales del área, informatización de un formulario de derivación entre el área de salud y los servicios sociales para garantizar la confidencialidad de las mujeres, proyecto de investigación y reuniones mensuales.

**Conclusiones.** La comisión de VG de nuestra área de salud intenta trabajar en la lucha contra la violencia doméstica favoreciendo la información, formación y sensibilización de l@s profesionales.

«Va por ti, Dra. Fernández»

### SESIÓN ORAL 9

Viernes, 18 de junio / 09.30-11.30 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4C

## Otros / Miscelánea

### /// ID 52

Infiltración de corticosteroides en Atención Primaria

Navalón Ramon E, Galiana Gil R, Llin Sanz R, Calabuig Nadal R

CS Ontinyent-II. Ontinyent (Valencia). Comunidad Valenciana

Correo electrónico: navalon\_emi@gva.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.52>

**Objetivos.** Describir el grado de mejoría de los pacientes subsidiarios de infiltración de corticosteroides en Atención Primaria en el cupo de un médico de familia, así como el perfil de la patología articular y del paciente.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, cuyo ámbito era un centro de salud de una ciudad media. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años que recibieron una o más infiltraciones entre el 14-6-2004 y el 8-4-2009. A partir de la historia clínica electrónica, se tomaron y analizaron las siguientes variables: sexo, edad, patología infiltrada, localización, vía de abordaje, número de infiltraciones recibidas, mejoría de la clínica, necesidad de derivación a atención especializada y complicaciones. El estudio estadístico se realizó mediante tablas de distribución de frecuencias y porcentajes.

**Resultados.** De las 61 personas que recibieron alguna infiltración, 38 eran mujeres (62,30 %) y la edad media era de 60,63 años. La localización más frecuente fue el hombro, con 29 infiltraciones (47,54 %; derecho 19, izquierdo 10). La patología infiltrada con más frecuencia fue la capsulitis adhesiva (n = 12; 19,67 %). En 14 ocasiones fue necesario recurrir a una segunda infiltración (22,95 %) y en 2, a una tercera (3,28 %). 51 de las 61 personas infiltradas (83,61 %) refirieron algún grado de mejoría tras el tratamiento. De los 61 pacientes, 6 fueron remitidos a atención especializada (9,84 %). No hubo ninguna complicación.

**Conclusión.** La infiltración articular y de partes blandas es una técnica realizable en Atención Primaria de una forma segura y con resultados satisfactorios.

### /// ID 102

Prevalencia de hipovitaminosis D en pacientes mayores de 45 años

Moreno Hernández I, Claver Portillo P, Canut Cavero S, Díaz Almanza A, González García R, Palau Del Águila A

ABS Vilassar de Dalt-Cabrils. Vilassar De Dalt (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: imorenoh.bnm.ics@gencat.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.102>

**Objetivos.** Prevalencia de hipovitaminosis D (hipoD) en pacientes mayores de 45 años en un centro de Atención Primaria. Características sociodemográficas y factores de riesgo de estos pacientes.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de mayores de 45 años con hipovitaminosis D (< 30 ng/ml) en un centro de Atención Primaria entre junio 2009 y febrero 2010. Variables de estudio: edad, sexo, bioquímica (niveles de vitamina D, calcio, fósforo, hormona paratifoidea -PTH-, creatinina, filtrado glomerular -FG-), exposición solar, ingesta de lácteos, fármacos, antecedentes patológicos (osteoporosis, nefropatía, endocrinopatía, gastropatía, neoplásica), antecedentes de fracturas.

**Resultados.** 196 pacientes con hipoD entre 1.100 pacientes mayores de 45 años, prevalencia de hipoD 18 % (196/1.100) (por edades: 45-64 años, 13 %; 65-74, 20 %; >75, 33 %).

1. Edad media: 69 años (45-94), sexo: mujeres 76 %.

2. Bioquímica: niveles de vitamina D: < 10 ng/ml (deficiencia), 18 %; 10-30 ng/ml (insuficiencia), 78 %; PTH elevada en 13 %. Calcio y fósforo normales en el 72 %. FG elevado en 31 %.

3. Sol: no exposición 39 %.

4. Lácticos: no toman el 13 %.

5. Antecedentes: insuficiencia renal 31 % osteoporosis 30 %, gastropatía 22 % (gastritis atrófica 18 %, enfermedad inflamatoria intestinal 4,5 %, reflujo 23 %, hepatitis C 18 %), endocrinopatía 40 %, (hiperparatiroidismo secundario 23 %, diabetes mellitus 42 %), cáncer 13 % (colon 20 %, próstata 12 %).

6. Fármacos: omeprazol 35 %, anticonvulsivantes 2 %.

7. Fracturas: en el 14 % (46 % vertebrales).

**Conclusión.** La prevalencia de hipoD aumenta con la edad. Las patologías productoras de hipoD más prevalentes son la insuficiencia renal y la gastropatía, hay hiperparatiroidismo secundario en una cuarta parte de los pacientes. La hipoD se estudia poco, es de fácil diagnóstico y con un beneficioso tratamiento.

### //// ID 387

Adaptación al castellano y validación psicométrica del cuestionario painDetect© para la detección de dolor neuropático

De Andrés J, Villanueva Pérez V, Ibor Vidal P, Pérez Paramo M, López Gómez V

Unidad Multidisciplinar de Tratamiento del Dolor, Servicio de Anestesia Reanimación y Tratamiento del Dolor del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia; CS Guillem de Castro; Unidad Médica, Pfizer España. Valencia. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: maria.perez2@pfizer.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.387>

**Objetivos.** Adaptación cultural de la escala autoadministrada painDetect© y análisis de sus propiedades psicométricas como instrumento de detección de dolor neuropático.

**Material y métodos.** Estudio transversal en dos fases; adaptación cultural (mediante equivalencia conceptual) y fase de validación en la que se han reclutado consecutivamente pacientes de ambos sexos, > 18 años, con dolor crónico (> 3 meses) con componente neuropático puro (DN), mixto (DM) o nociceptivo (DNC). Se ha valorado la factibilidad, fiabilidad y validez de la escala con el diagnóstico de referencia y con el diagnóstico clínico de la escala LANSS. La validez de criterio se analiza con curvas ROC y pruebas de concordancia con el diagnóstico de referencia. Se han determinado los valores de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo y odds diagnóstica.

**Resultados.** Se evaluaron 221 pacientes (58,7 % mujeres; edad media: 57,8+14,2 años), 71 (32,1 %) con DN, 79 (35,7 %) con DM, y 71 (32,1 %) con DNC. La escala fue estable [CCI: 0,934,  $p < 0,001$ ]. Un punto de corte de 17 puntos (rango 0–38) ha diferenciado claramente entre los pacientes con DN y con DNC: ABC 0,879 (0,82-0,937;  $p < 0,001$ ), sensibilidad = 0,812; especificidad = 0,812; kappa = 0,623 con el diagnóstico de referencia. La escala ha mostrado buena validez concurrente con el diagnóstico realizado con la escala LANSS (CCI = 0,934;  $p < 0,001$ ).

**Conclusión.** La versión adaptada a castellano del painDetect© muestra propiedades psicométricas adecuadas como instrumento autoadministrado de detección de dolor con componente neuropático.

### //// ID 393

Infiltraciones en Atención Primaria: efectividad de la vía lateral

Niño Sintés D, Segura Borrás R, Hernández Sanz C, Badía Casas R, Díaz Gallego F, Barro Lugo S

CAP Larrard. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: fdiaz@caplarrard.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.393>

**Objetivos.** Evaluar la mejoría del dolor en paciente con patología tendinosa del hombro mediante la realización de infiltraciones vía lateral. Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo en 2 centros de salud urbanos. Sujetos: 30 pacientes (63,3 % mujeres; 50 % mayores de 66 años) con patología tendinosa de hombro

que no han mejorado con tratamiento analgésico. Infiltraciones con 1 cc de triamcinolona acetónido (trigon®) y 0,5 cc de mepivacaína vía lateral en hombro afectado. Se realiza una encuesta previa a cada infiltración y otra telefónica a los 3 meses. Variables: edad, sexo, número infiltraciones, diagnóstico clínico, exploraciones complementarias, dolor (escala directa), efectos adversos, tratamientos previos y duración de éstos. Análisis estadístico mediante SPSS.

**Resultados.** La media de dolor inicial según escala directa fue de 6,46 y los 3 meses de

3,35 siendo esta reducción estadísticamente significativa ( $p = 0,029$ ). El tratamiento previo más frecuente fue ibuprofeno (53 %) durante 2 semanas (40 %). El diagnóstico clínico más frecuente fue la tendinitis del supraespinoso (73,3 %). Sólo 2 pacientes presentaron efectos secundarios (mareo y hematoma). El grado de satisfacción de los pacientes fue muy bueno (65,2 %).

**Conclusión.** Las infiltraciones vía lateral reducen significativamente el dolor en la patología tendinosa del hombro, con escasos y leves efectos adversos. Buena aceptación y valoración por parte de los pacientes derivados al servicio de infiltraciones del centro.

### //// ID 497

La salud en Internet, ¿un recurso en una zona rural?

Macián Cerdá A, Pons Ruiz A, Muñoz Sánchez L, Santandreu García C, Domingo Orduña M, Vergara Pardo V

CS de Segorbe. Castellón. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: a\_macian@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.497>

**Objetivos.** Analizar uso Internet para cuestiones de salud por parte de pacientes del medio rural e influencia en relación médico-paciente.

**Material y métodos.** AP de zona rural (8 consultorios auxiliares), 5.500 habitantes. Pacientes que acudieron a consulta en febrero 2010. Muestreo aleatorio simple. Consentimiento informado. Se excluyen pacientes con trastornos cognitivos, consultas urgentes. Datos con variables sociodemográficas. Se preguntó si tenían ordenador y utilizaban Internet para cuestiones de salud. Autocumplimentaron cuestionario anónimo 9 preguntas de respuestas dicotómicas, múltiples. Tratamiento estadístico mediante programa SPSS v.15.

**Resultados.** 556 pacientes. El 60 % mujeres. El 9 % de 16-30 años, 49 % de 31-64; 11 % son analfabetos, 61 % tienen estudios primarios, 28 % los secundarios-superiores; 72 % son de nivel económico medio; 38,5 % tienen ordenador. Un 11 % total piden cita por Internet. El 32,3 % usan Internet (70,4 % mujeres; 66,7 % de 31-64; 71 % estudios secundarios-universitarios; 90 % nivel económico medio), 34 % piden cita por Internet, 43 % busca información en páginas AVS. El 70 % consultan problemas de salud: 36,5 % prevención, 9,5 % tratamientos, 22 % enfermedades, 32 % todo. Un 32 % nunca comenta la información obtenida con MF. El MF da diagnóstico, tratamiento, consejo 50,6 % nunca lo contrasta en Internet. Un 66 % la información obtenida no cambia confianza ni relación con MF. El 87 % no sustituye información de Internet por consulta médica. Nivel de confianza con MF se asocia con ser mujer (IC95 %,  $p < 0,062$ ), 6 % obtiene medicamentos por Internet, asociándose a < 65 años, nivel económico medio y mujer (IC95 %,  $pv0,035$ ).

**Conclusión.** Alto porcentaje de pacientes consultan sobre salud en Internet, algunos obtienen tratamientos e información que no siempre contrastan que, incluso puede sustituir

a la consulta del MF e influir en la confianza y relación médico-paciente. Lo cual debería considerarse a la hora de ofrecer en consulta webs con información fidedigna que mejore la educación sanitaria y evite riesgos.

### /// ID 9

#### Checklist en cirugía menor de Atención Primaria

Herrería De la Lastra A, Lozano Pérez J,  
Herrería Martínez R, Padilla Bernáldez J,  
Ogalla Vera S, Vega Quirós C

CS de Castilleja de la Cuesta; HU Virgen Macarena. Sevilla.

Andalucía

Correo electrónico: ajva1153@terra.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.9>

**Objetivos de la experiencia.** Mostrar los beneficios del *checklist* en cirugía menor de Atención Primaria.

**Descripción de la experiencia.** Hace más de 30 años, comencé a practicar cirugía menor en Atención Primaria. Más de 6.000 intervenciones hasta hoy. La evolución ha sido paralela a la de los centros de salud. Así como hemos ido mejorando en dotación y habilidades, los medios para favorecer la seguridad del paciente han ido imponiéndose; está extendido el uso del consentimiento informado, con el que se hace copartícipe al usuario de la decisión sobre la técnica quirúrgica que se va a emplear y sus alternativas, el conocimiento de la evolución previsible...

En los últimos meses, venimos pilotando en varios centros de salud, un listado de comprobación de seguridad quirúrgica en Atención Primaria (*checklist*), diseñado por un grupo de trabajo, adaptado del propuesto para cirugía general por la OMS. Se cumplimenta en dos etapas, una prequirúrgica en la que se pretenden detectar problemas prevenibles y otra posquirúrgica con reflejo de incidencias en el paciente o material, y comprobaciones necesarias para la mejor información del paciente, para los cuidados posquirúrgicos. El tiempo de aplicación es mínimo y lo puede pasar cualquiera de los componentes del equipo que interviene en el acto quirúrgico.

**Conclusiones.** El listado de comprobación quirúrgica en cirugía menor de Atención Primaria (*checklist*), es un instrumento que mejora la seguridad del paciente, aumentando su calidad de atención y su satisfacción, en nuestro medio de trabajo habitual. Adicionalmente mejora la satisfacción del profesional encargado de la técnica, y los resultados quirúrgicos.

### /// ID 237

#### Mejora de la comunicación interna en formación y docencia en un equipo de Atención Primaria de Salud

Tregón Moliner J, Recasens Oliva E, Cots Morenilla M,  
Álvarez Luy M

ABS Valls Urba. Valls (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: jtregon.tarte.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.237>

**Objetivos de la experiencia.** Aumentar el grado de fiabilidad y rapidez en la comunicación interna en formación y docencia. Mejorar el acceso a la oferta de formación presencial y *on-line*. Erradicar el soporte papel en la intercomunicación.

**Descripción de la experiencia.** Realización de un estudio retrospectivo de la comunicación interna, valorando las vías de transmisión de la oferta formativa y docente.

Se diseñó un modelo de intercomunicación, optimizando las herramientas informáticas en edición de sitios web, y se determinó un protocolo de captación y actualización de la

información referente a formación y docencia, tanto de organización interna como ajena, priorizando el grado de acceso visual a la información. Se instó a todos los profesionales a utilizar diariamente la nueva herramienta.

Primera fase (enero 2010): puesta en marcha del nuevo sistema y erradicación del formato papel. Segunda fase: potenciación del *feed back*, con la incorporación de la inscripción on line a cursos de formación y ampliación de información y sugerencias.

**Conclusiones.** La comunicación interna mediante soporte papel dificulta y enlentece el acceso a la información y la recepción de actualizaciones. La optimización de los recursos informáticos en red existentes simplifica el circuito de información y amplía los puntos de acceso, aprovechando la informatización de las consultas y zonas comunes. La circulación continua y actualizada de la información es fundamental en la formación continuada y docencia de los profesionales de la salud. El reto es que todos los profesionales utilicen esta herramienta telemática que aumenta la accesibilidad sin limitaciones de espacio y tiempo.

### /// ID 319

#### Descripción de un proyecto de cirugía menor en Atención Primaria con 7 años de experiencia en dos centros de salud: ¿es eficiente la cirugía menor en Atención Primaria?

Díaz Gallego F, Hernández Sanz C, Fraga Fraga A,  
Segura Borrás R, Niño Sintés D, Badia Casas R

CAP Larrard. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: fdiaz@caplarrard.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.319>

**Objetivos de la experiencia.** Describir un servicio de cirugía menor (CM) en Atención Primaria (AP) y responder a la pregunta: ¿es eficiente la CM en AP?

**Descripción de la experiencia.** 2003: apertura de un servicio de CM (SCM) en dos centros de salud (CS) urbanos dirigidos por un médico de familia (MF) experto en CM.

Se realizan seis intervenciones semanales. Todos los MF de los CS rotan por el SCM mensualmente para mejorar técnicas y capacidades diagnósticas (CD). Desde el 2006 también los residentes de MF (RMF). En este período se realizan 1.617 intervenciones. Pacientes intervenidos: 1.027 (537 mujeres, 52 %). Edad media: 55 años. Rango: 14-89. Se valoró la eficiencia según las variables:

1. Diagnósticos: 242 acrocordones (15 %); 437 quistes epidérmicos (27 %); 97 queratosis seborreicas (6 %); 177 cirugía ungual (11 %), 161 nevus (10 %), 64 lipomas (4 %), 113 fibromas (7 %), 56 dermatofibromas (3,5 %), y 266 otros (16,5 %).
2. Complicaciones postoperatorias (CPO): 3,5 %.
3. Correlación clínico-patológica (CCP): 86 % (literatura 80 %).
4. Coste total AP (SLT/483/2005): 145.530 euros. Hospital comarcal: 236.890 euros; hospital tercer nivel: 338.276 euros. Porcentaje de ahorro: 62,77 % y 132,44 % respectivamente.
5. El 96 % usuarios están satisfechos de ser intervenidos en AP.

**Conclusiones.** Se demuestra la eficiencia de la CM en AP acercando esta técnica a la población. Pocas CPO y buena CCP así como alta satisfacción entre los usuarios. Se produce un gran ahorro respecto a las mismas técnicas a nivel hospitalario, Disminuyendo las listas de espera. Paralelamente se objetiva un aumento de la motivación y las CD en el resto de MF y RMF.

**//// ID 505**

Experiencia de la teledermatología en Atención Primaria

Gavilán Martínez F, Gilaberte Ferrús M, Cruz Domenech J, Pérez López S, Fernández Gregorio Y, Casas Güell G

ABS La Riera, ABS Nova Lloreda, Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: fgavilan@bsa.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.505>

**Objetivos de la experiencia.** Valorar la utilidad de la Teledermatología (transferencia de fotografías digitales entre Atención Primaria y dermatología) en dos ABS, para generalizar su uso en el resto de centros de la zona. Reducir el tiempo de diagnóstico y tratamiento de las lesiones dermatológicas. Mejorar la comunicación entre niveles asistenciales. Mejorar los conocimientos en dermatología de los médicos de familia. Reducir las listas de espera en dermatología.

**Descripción de la experiencia.** Durante el año 2008 desarrollamos la idea de aplicar en nuestro ámbito la Teledermatología, implicando a dermatólogos, médicos de familia, servicio de informática y dirección médica.

Durante el año 2009 realizamos:

- Instalación de programas informáticos: MIO: permite descargar fotografías y datos de filiación de la historia clínica informatizada. MEDTING: Plataforma WEB para almacenar fotografías y resultados.
- Curso de fotografía digital para médicos.
- Diseño del circuito (inclusión de pacientes, tiempo máximo de respuesta, inclusión de orientación diagnóstica, tratamiento y necesidad de derivación convencional).
- En octubre empezamos a utilizar la Teledermatología como interconsulta.

**Conclusiones.** Tras 5 meses se evalúa positivamente la experiencia por parte de médicos de familia, dermatólogos y pacientes.

- 44 % de las consultas por Teledermatología se han resuelto con indicaciones del dermatólogo sin necesidad de derivación.
- 44 % se han citado directamente a quirófano para exéresis de la lesión (evitando la primera visita).
- 12 % han requerido derivación a consulta normal de dermatología.

Actualmente se está generalizando al resto de ABS de la zona.

**//// ID 515**

Proyecto relación centro salud con oficinas de farmacia de la Zona Básica de Salud

Prieto Checa I, García Espinosa M, Rodríguez Álvarez R, Labajos López E, Fernández Herrero B

CS Alpes. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: isabelprch@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.515>

**Objetivos.** Intercambio de información de los sanitarios del centro de salud con los responsables de las oficinas de farmacia de nuestra zona básica de salud. Elaboración de proyectos conjuntos propuestos por los profesionales participantes. Aprovechar sesiones conjuntas para el aprendizaje mutuo y fomentar la relación. Disminuir los posibles prejuicios que existan desde uno y otro ámbito, para ofrecer una mejor asistencia y la impresión de continuidad en la atención.

**Descripción de la experiencia.** Se hizo un listado con las oficinas de farmacia de nuestra zona básica de salud. Se escribió una carta invitándoles a iniciar trabajos conjuntos (año 2007). De las 13 oficinas invitadas, 6 de ellas respondieron a nuestras convocatorias.

Los farmacéuticos que han respondido han colaborado activamente en la elaboración de hojas de Educación de la Salud que se facilitarán desde sus oficinas sobre patologías frecuentes y protocolos de derivación a la atención sanitaria. Están invitados a las sesiones de formación del centro de salud y son ponentes de sesiones formativas elegidas conjuntamente. Existen proyectos concretos en desarrollo.

**Conclusiones.** La satisfacción de los profesionales del centro de salud así como de los farmacéuticos participantes es muy alta con el proyecto. El intercambio de información ha disminuido los prejuicios existentes desde ambos ámbitos y probablemente ha mejorado el mensaje que se traslada al paciente. Aunque es pronto para cuantificarlo, el trabajo coordinado de los profesionales de ambos ámbitos puede optimizar la atención, la promoción del autocuidado y probablemente disminuya los riesgos sin tener que congestionar un sistema sanitario excesivamente medicalizado.

**//// ID 697**

Una oportunidad para la convivencia de equipo y la participación comunitaria

Gascuña Luengo M, Calvo Orduña M, Ruiz Gómez P, Caballero Moreno M, Marí Silva C, Alonso Gordo J

CS Guadalajara-Sur. Guadalajara. Castilla-La Mancha

Correo electrónico: jmalonso@sescam.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.697>

**Objetivos de la experiencia.** Colaborar a mejorar la dinámica de trabajo en equipo, y el contacto con la comunidad en un equipo de Atención Primaria (EAP). Incorporar actividades de ocio en la organización del EAP y en sus relaciones con la comunidad. Describir audiovisualmente las actividades realizadas y resultados obtenidos. Valorar la opinión de los participantes en dichas actividades.

**Descripción de la experiencia.** En el vigésimo quinto aniversario de la creación del equipo se programan múltiples actividades con la participación de todos los estamentos del EAP: revisión de actividades desarrolladas en el período. Recuperación iconográfica de actividades de convivencia profesional y comunitaria realizadas desde la creación del EAP y edición de materiales con dicha recopilación. Actividades académicas relacionadas con la medicina y enfermería de familia. Encuentro de miembros actuales y anteriores del EAP. Actividades de información comunitaria. Exposición de manualidades y obras de artesanía de pacientes y de miembros del EAP, con más de 60 participantes y 90 obras. Actividades de encuentro con la comunidad. Muestra fotográfica sobre aspectos humanos de la asistencia. Replanteamientos del EAP y relanzamiento de actividades de investigación y comunitarias. Recogida de información y valoración positiva de los usuarios sobre las actividades.

**Conclusiones.** La celebración de un evento conmemorativo es una buena oportunidad para el relanzamiento de actividades y mejora de la convivencia y participación comunitaria. La respuesta personal, del equipo, institucional y comunitaria es excelente. La satisfacción de los profesionales y usuarios mejora con dichas actividades. Debe evaluarse el impacto de las actividades desarrolladas.

**SESIÓN ORAL 10**

Viernes, 18 de junio / 09.30-11.30 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4D

**Urgencias****//// ID 371**

Perfil del paciente hiperfrecuentador en el Servicio de Urgencias de un hospital de alta resolución

Quesada Yáñez E, Ramos Martín A, Fernández Martínez M, Ramos Martín J

HARE El Toyo. Almería. Andalucía

Correo electrónico: [quetiquesada@hotmail.com](mailto:quetiquesada@hotmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.371>

**Objetivos.** Conocer el perfil sociodemográfico, clínico y principales motivos de consulta del paciente hiperfrecuentador del Servicio de Urgencias de un Hospital de Alta Resolución. Proponer captación activa de estos pacientes desde Atención Primaria, principalmente de los que hemos llamados grandes hiperfrecuentadores (más de 13 visitas al año), pacientes pediátricos, pluripatológicos o con enfermedades crónicas y ancianos.

**Material y métodos.** Diseño: estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Ámbito: hospital de alta resolución, Servicio de Urgencias. Criterios de selección: pacientes que han acudido en 6 ocasiones o más en un año. Sujetos: 304. Variables: edad, sexo, franja horaria, nº de veces/año, si son inmigrantes, antecedentes personales, pruebas complementarias, grupo diagnóstico, destino al alta, Zona Básica de Salud.

**Resultados.** El número total de urgencias generadas por los pacientes hiperfrecuentadores (HF) fue de 2.221, (5,94 % del total) frecuentación media de 13,6, sin diferencia respecto al sexo, 31 % de inmigrantes, picos de frecuentación a media mañana y media tarde, edad media de 34,5, un 64 % de los mismos con edades entre 15 y 64 años, procedentes de pueblos cercanos un 69 % sin Antecedentes Patológicos (AP), no se solicitó PC en un 66 %. Motivos de consulta banales principalmente patología musculoesquelética, ORL y pediatría, con destino a su domicilio en 72,2 %. Derivados desde AP un 1 %.

**Conclusión.** Nuestros HF son pacientes jóvenes, sin diferencia respecto al sexo que proceden de los pueblos cercanos, que frecuentan nuestro SU 13 veces al año como media, por iniciativa propia, sin AP, por patología banal y que fueron dados de alta a sus domicilios.

**//// ID 689**

Anticoncepción poscoital en un centro de urgencias en Atención Primaria

De Magrinyà Claramunt J, Sabaté Lissner D, García Barco M, Castellari P, Gómez Villarejo V, Vicente Aisa M

Centro de Urgencias de Atención Primaria de Reus. Reus (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: [loslidavid@yahoo.es](mailto:loslidavid@yahoo.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.689>

**Objetivos.** Determinar prevalencia y perfil de las usuarias que solicitan anticoncepción poscoital (APC) en un centro de urgencias de Atención Primaria (CUAP).

**Material y métodos.** Tipo de estudio: estudio descriptivo observacional transversal. Ámbito de estudio: CUAP urbano. Sujetos: demandantes de APC en un CUAP. Mediciones:

revisión historias clínicas informatizadas. *Período de estudio:* Desde enero 2008 hasta diciembre 2009. *Variables:* edad, motivo demanda, consultas anteriores, horas tras coito, día semana, turno demanda. *Análisis:* estadístico, SPSS v.15.0.

**Resultados.** De 72.136 visitas, se dispensaron 1.010 APC (1,40 %, IC95 % 1,32-1,49) con edad media de 23,39±6,80 años. Menores de 25 años: sumaron 77,74 % (786) del total de las demandas. El 13,76 % (139) de las usuarias menores de edad utilizaron APC. Motivo de consulta: rotura 67,9 %, desprotegida 21,5 %, retención 7,7 %, olvido hormonal 2,4 % y violación 0,5 %. Administración con anterioridad: primera vez 10,7 %, segunda 60,1 %, tercera 17,9 %, cuarta 5,4 %, quinta 6 %. Tiempo poscoital: 49,3 % primeras 12 h, 34,6 % entre 12-24 h, 12,1 % entre 24-48 h y el 4 % entre 48-72 h. En domingo se solicitaron 36,6 %, sábado 26,1 %, viernes 10,1 %, jueves y miércoles 6,2 % respectivamente, martes 5,6 % y lunes 9,2 %. Horario: mañanas 13,7 %, tardes 55,6 % y noches el 30,1 %.

**Conclusión.** Los fines de semana y por la tardes se atendieron más de la mitad de APC. La rotura del preservativo fue la mayor causa, seguida de las relaciones desprotegidas. Más del 50 % de las usuarias solicitan APC por segunda vez. La mitad de las solicitudes se realizaron dentro de las 12 h siguientes al coito.

**//// ID 733**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en los servicios de urgencias hospitalarias

Aboza Lobatón Á, Morión Castro M, Estella García Á, Fernández Hermoso S

CS La Granja. Jerez de la Frontera (Cádiz). Andalucía

Correo electrónico: [manuel.morion@gmail.com](mailto:manuel.morion@gmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.733>

**Objetivos.** Describir la composición de las plantillas de médicos en el servicio de Urgencias hospitalarias y analizar el papel de los especialistas de MFyC.

**Material y métodos.** Se recogieron datos de los facultativos integrantes en los servicios de urgencias de cinco hospitales de la provincia. Las variables analizadas fueron especialidad, acceso vía MIR. El análisis de datos se realizó con SPSS-v.17. 21 profesionales respondieron una encuesta de 10 preguntas de respuesta cerrada con las que valorar la capacitación del médico de MFyC como médico de urgencias.

**Resultados.** Un total de 119 casos fueron analizados: 43 son médicos generales (36,1 %); 51 son de MFyC (42,9 %); 20 internistas (16,8 %); 1 alergólogo (0,8 %); 1 digestivo (0,8 %); 2 reumatólogos (1,7 %); 1 médico del deporte (0,8 %). Uno de los servicios valorados presentaba mayoría de médicos generales (64,28 %), otro presentaba mayoría de médicos internistas (66,66 %) y en tres de ellos la mayor parte eran médicos de MFyC (60 %, 58,33 %, 66,66 %).

Obtuvimos 19 encuestas correctamente cumplimentadas: 89,47 % consideraba el perfil más cualificado para el servicio de urgencias el de MFyC; 57 % se posiciona a favor de crear la especialidad de Medicina de Urgencias

**Conclusión.** La especialidad de MFyC es la más significativa en los servicios de Urgencias hospitalarios. La mayoría de los encuestados consideran la especialidad de MFyC el perfil idóneo del médico de urgencias. Se perciben más del 50 % de las urgencias como abordables desde Atención Primaria.

**//// ID 770**

Evaluación de Atención Primaria como filtro de pacientes que acuden al Servicio de Urgencias hospitalarias

Segura Roca À, Segura Roca G,  
Sarsanedas Castellanos E, Maragall De Gispert C,  
Echarte Pazos J, Pallàs Villaronga O

*Servicio de Urgencias y Servicio de Documentación Clínica del Consorci Mar Parc de Salut de Barcelona; UD de MFyC de Barcelona. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: gemmazx@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.770>

**Objetivos.** Determinar diferencias entre pacientes derivados desde Atención Primaria (AP) a Urgencias hospitalarias respecto a aquellos que acuden por iniciativa propia u otros centros, y qué porcentaje de los que acuden directamente podrían atenderse primeramente en un centro de AP.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de todos los pacientes consecutivos que acudieron al servicio de Urgencias de nuestro hospital, entre noviembre de 2008 y diciembre de 2009. Se recogió la procedencia, horas de estancia, necesidad de ingreso, pronóstico al alta y mortalidad. Análisis estadístico con SPSS v.15.0. Análisis de comparación de medias con ANOVA. Los resultados se expresan como porcentajes, valor medio y rango.

**Resultados.** Total 79.397 pacientes. Procedencia: AP 8,2 %, domicilio (D) 70,9 %, vía pública (V) 15,3 %, otros centros (C) 5,7 %. Estancia media (h): 6,87 (0-185), 5,58 (0-512), 4,54 (0-224), 7,97 (0-158), respectivamente ( $p < 0,001$ ). Exitus: 0 %, 0,3 %, 0,2 % y 0,5 % respectivamente ( $p < 0,001$ ). Necesidad ingreso: 16,6 % pacientes no derivados (D + V), 24,3 % derivados (AP + C) ( $p < 0,001$ ). Pronóstico leve: 52,6 % D, 50,5 % V. Pronóstico grave: 3,9 % no derivado frente a 6,4 % derivados ( $p < 0,001$ ).

**Conclusión.** Los pacientes derivados de AP tienen una estancia media en urgencias mayor, ingresan más y tienen peor pronóstico al alta que los que acuden por iniciativa propia. Sólo el 8 % de los pacientes visitados en urgencias en un año acudieron previamente a AP. Más del 50 % de los pacientes no derivados presentaban pronóstico leve. Estos datos sugieren que la mayoría de los pacientes visitados en urgencias hospitalarias podrían haber sido atendidos en AP; convendría un programa de educación sanitaria para optimizar recursos.

**//// ID 92**

Implantación de protocolo de soporte vital avanzado con DESA en centros de Atención Primaria

González Amaya S, Ocaña Rodríguez J, Ruiz Peña M,  
Beardo Alonso M, Alonso Piñero J,  
Figueira De la Rosa D

*UGC del CS Algeciras Norte; Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Algeciras (Cádiz). Andalucía*

Correo electrónico: sebas\_ga@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.92>

**Objetivos de la experiencia.** La implantación de un protocolo de actuación de soporte vital avanzado (SVA), sencillo y adaptado a centros de salud y módulos de Atención Primaria (AP), de un Área de Gestión Sanitaria, que no dispongan de un dispositivo específico de atención a urgencias. Responder a la demanda de conocimientos en el área específica del SVA de un personal sin experiencia habitual en este campo.

**Descripción de la experiencia.** Implantación y difusión en el ámbito de AP de un protocolo sencillo y adaptado principalmente a centros donde no se dispone de un dispositivo específico para la atención a las urgencias.

En resumen, basándose fundamentalmente en las recomendaciones del ERC 2005 para el SVA, el protocolo consigue:

- Adaptar en los centros una sala a esta necesidad y colocación de carteles con algoritmos de actuación.
- Uso del desfibrilador semiautomático (DESA), más sencillo e intuitivo, disponible en todos los centros sanitarios del Área, en lugar del desfibrilador manual presente en las guías oficiales.
- Dar preferencia al masaje cardíaco con respecto a la ventilación y sustituir, para el aislamiento de la vía aérea, la intubación orotraqueal clásica, por técnicas alternativas como el combitubo, que precisa menos pericia y experiencia para su uso.
- Usar y conocer sólo el manejo de 3 drogas con evidencia en este campo: adrenalina, atropina y amiodarona.
- Difundir del protocolo mediante sesiones-taller en cada centro.

**Conclusiones.** Experiencia enriquecedora para el personal de AP, ya que se consigue simplificar y adaptar los protocolos de actuación existentes de SVA al medio donde desempeñan su labor.

**//// ID 463**

Protocolo de enfermería de derivación desde el 1.º nivel al 2.º nivel

Blanco Morales M, Ruiz Martín S, Sánchez Niño V,  
Barrera Linares E, López Marcos C,  
Medina Cuenca P

*GAP del Área 10. Getafe (Madrid). Comunidad de Madrid*

Correo electrónico: cblancom.gapm10@salud.madrid.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.463>

**Objetivos de la experiencia.** Establecer vías de coordinación entre los profesionales de enfermería de Atención Primaria (AP) y los de Urgencias hospitalarias. Garantizar que la información relevante llegue a atención especializada. Fomentar la longitudinalidad de los cuidados.

**Descripción de la experiencia.** Formación de un grupo de trabajo de coordinación de Urgencias. Se analiza la situación actual mediante análisis DAFO, detectándose un problema de transmisión de la información sobre las causas de la derivación y la evolución del paciente del nivel 1 al nivel 2. A continuación se consensúa el «Protocolo OMI Asistencial de Derivación desde AP a Urgencias de atención especializada», cuyo objetivo es proporcionar información del motivo de derivación del paciente a la enfermería de atención especializada, desde la Enfermería de AP, mejorando la calidad de la atención de los usuarios y evitando consultas innecesarias a medicina de familia. Se implanta a finales de enero-2010.

**Conclusiones.** Coordinación con los servicios de urgencias, elaboración de un protocolo de derivación de enfermería de Atención Primaria a atención especializada. Reevaluar el proyecto de forma periódica para confirmar el uso del protocolo y establecer de líneas de mejora, si son necesarias. Los implicados han expresado sentirse satisfechos por disponer de una forma de comunicación, útil tanto para los profesionales como para el paciente. Se continúa trabajando para extender la utilización del protocolo en otros servicios hospitalarios (p. ej.: consultas).



## Atención al cuidador

### /// ID 545

Factores relacionados con el consumo de medicamentos inductores del sueño en cuidadoras de pacientes con demencia en un Área Básica de Salud urbana

Rus Calafell M, Turmo Tristán N, Cabello Romero M, Pérez Vicente M, Pie Ocins M, González Moneo M

CAP San Martín. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: 28448mgm@comb.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.545>

**Objetivos.** Valorar el consumo de fármacos inductores del sueño en todas las cuidadoras de pacientes con demencia de un Área Básica de Salud urbana según variables del cuidador y del paciente.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal en un área de salud urbana. Se telefoneó a todas las cuidadoras de pacientes (n = 157) diagnosticados de Alzheimer (F00), demencia vascular (F01) demencia inespecífica (F03) o/y en tratamiento con anticolinesterásicos. Solicitamos consentimiento y concertamos entrevistas a domicilio, en el Centro o telefónicas según conveniencia del cuidador. Encontramos 15 exitus, 11 traslados, 8 institucionalizados. No deseaban participar 5 cuidadoras, no localizamos 9, cuatro pacientes autónomos. Entrevistamos 105 cuidadoras. Recogimos el Zarit en 96. Variables paciente: insomnio (Pittsburg); ejercicio (IPAQ), dependencia Barthel (n = 98); enfermedades, fármacos. Variables cuidadora: consumo de fármacos inductores del sueño, Zarit, Apgar familiar.

**Resultados.** Valoramos 105 pacientes (edad 78+0'8, 66 % mujeres), dependencia moderada 64 (75 %), grave-severa 34 (25 %). Toman psicotropos 48 pacientes (47 %) y 27 cuidadoras (27,6 %). Relación: pareja 48 (45 %), hijas 41 (39 %), otros 12 (11,5 %), contratada 4 (3,8 %). Zarit (n = 96): sin sobrecarga 39 (40 %), sobrecarga leve 21 (21 %), sobrecarga intensa 36 (37,5 %). Apgar familiar (n = 90): normofuncionante: 51 (56,7 %), disfuncional 39 (43,3 %). 16 cuidadoras con sobrecarga intensa (44,4 %) versus seis sin sobrecarga (15,8 %) tomaba pastillas para dormir. Las cuidadoras de pacientes con dependencia ligera o moderada (n = 43; 79,6 %) tomaban menos pastillas para dormir que las de pacientes con dependencia grave o muy grave (n = 11; 20,4 % (p = 0,006)

**Conclusión.** El consumo de psicotropos en las cuidadoras depende del grado de sobrecarga del Zarit y el nivel de dependencia del paciente con demencia.

### /// ID 22

Cuidando al cuidador

Campos Manivesa J, Castro Abella M

CS de Ortigueira. La Coruña. Galicia

Correo electrónico: susydr@terra.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.22>

**Objetivos de la experiencia.** Nuestra Comunidad Autónoma está desarrollando un Plan Estratégico de Proceso Asistencial de Cuidar al Cuidador orientado a Atención Primaria.

Después de ver los datos demográficos de nuestro ámbito asistencial, nos surgió la inquietud de elaborar un programa de asistencia atendiendo a una serie de demandas que consideramos básicas para dar una asistencia integral a la figura del cuidador principal. En nuestro entorno hay un factor cultural importante de brindar cuidados en domicilio.

**Descripción de la experiencia.** Objetivo: detección de grupo de riesgo de padecer cansancio del rol de cuidador.

Método: estudio poblacional de pacientes mayores de 65 años.

Desarrollamos asistencia en un municipio rural, con gran dispersión geográfica. Tenemos 6.967 asegurados, de los que un 33,25 % supera los 65 años. Nuestro cupo está formado por 1.266 pacientes de los que un 29,46 % está por encima de la barrera de los 65 años, de éstos un 40 % presenta algún tipo de dependencia.

Intervención: identificación de cuidadores principales, diagnóstico de riesgo de cansancio de rol de cuidador (Zarit Burden Interview, Caregiver Buren Scale), información y asesoramiento. Fomento de terapia conductista para evitar llegada a cansancio de rol de cuidador.

Resultado: menor número de cuidadores principales que llega a cansancio del rol de cuidador.

**Conclusiones.** Con nuestra intervención hemos conseguido minimizar riesgos sobre la figura del cuidador principal, contribuyendo con ello a un mejor bienestar con aceptación de las distintas fases que acontecen en el devenir del cuidador.

## Digestivo

### /// ID 465

Capacidad diagnóstica del síndrome metabólico según los diferentes criterios existentes

en la esteatosis hepática no alcohólica

Caballería Rovira L, Pera Blanco G, Auladell Llorens M, Rodríguez González L, Torán Monserrat P,

Muñoz Ortiz L

EAP Premià de Mar, USR Metropolitana Nord. Premià de Mar (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: lcaballeria.bnm.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.465>

**Objetivos.** El síndrome metabólico (SM) se puede definir utilizando los criterios de Organización Mundial de la Salud (OMS), o del tercer informe del National Cholesterol Education Program (NCEP-III) o de la International Diabetes Federation (IDF). El objetivo del estudio es comprobar la utilidad de estos criterios para diagnosticar SM, así como la relación con la esteatosis hepática no alcohólica (EHNA).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal derivado de un estudio previo sobre prevalencia y factores asociados a EHNA. Revisamos la historia clínica y se practicó exploración física, analítica y ecografía abdominal a todos los participantes.

**Resultados.** 696 individuos con edad media de 53 ± 14 años (rango 17-80 años). 58,8 % mujeres y 41,2 % hombres. 184 presentaban EHNA por criterios ecográficos (prevalencia 26,4 %). Un 34,2 % tenía SM según IDF, 17,7 % según NCEP y 15,5 % según OMS. La prevalencia de SM aumenta con la edad (p < 0.001). La concordancia entre los diferentes criterios va del 76 % al 87 % con índices Kappa entre 0,39-0,54. 37,5 % solo tenía un criterio de SM y el 9,6 % tenían el SM según los tres criterios. La prevalencia de SM en pacientes con EHNA fue: IDF 42,9 % (OR: 3,44, IC95 % 2,42-4,88), NCEP 52,8 % (OR: 4,28, IC95 % 2,84-6,43) y OMS 63,9 % (OR: 7,28, IC95 % 4,68-11,3).

**Conclusión.** El SM es bastante prevalente en la población general, pero falta unidad de criterio en su definición, lo que provoca la obtención de diferentes prevalencias de SM según el método utilizado para definirla. El SM se asocia a la EHNA, siendo la definición de la OMS la que mejor discrimina su presencia.

**SESIÓN ORAL 11**

Viernes, 18 de junio / 12.00-14.00 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4C

**Osteoporosis / Aparato locomotor****//// ID 17**

Aplicación de la herramienta FRAX® para la determinación del riesgo de fractura en mujeres de un ámbito rural

Gómez Navarro R

CS Teruel Rural. Teruel. Aragón

Correo electrónico: ragona@ya.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.17>

**Objetivos.** Determinar el riesgo de fractura en mujeres posmenopáusicas y aplicar recomendaciones sobre la solicitud de DEXA y/o de iniciar tratamiento antirresortivo.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal en una población rural de 261 habitantes. Estudiamos todas las mujeres entre 40 y 90 años, aunque no procede muestreo. Calculó el riesgo de fractura mediante la herramienta FRAX®. Criterios de exclusión: seguir el tratamiento con antirresortivos y enfermedad terminal. Recomendaciones sobre la solicitud de DEXA y/o de iniciar tratamiento basadas en la *Guía Europea para el diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en la mujer posmenopáusica*. Datos procesados con el paquete estadístico SPSS v.15.0. Resultados presentados como frecuencias o medias  $\pm$  desviación estándar.

**Resultados.** N = 87 mujeres, entre 40 y 90 años. Excluidas 7 por tratamiento antirresortivo y 1 por enfermedad terminal. Pérdidas: 1 por fallecimiento y 2 por cambio de residencia. Número final estudiadas: 76. Riesgo absoluto de fractura osteoporótica del  $8,18 \pm 7,93$  y riesgo de fractura de cadera del  $3,71 \pm 5,36$ . Se recomienda solicitar DEXA en 9 (11,8 %) y plantear el inicio de tratamiento en 3 (3,9 %). En 9 (> 84 años), la Guía no establece recomendaciones. Número necesario de mujeres a cribar para obtener una recomendación de realizar DEXA es 8,4 y 25,3 para iniciar tratamiento. Lo Iniciamos en los 3 casos recomendados y en otra más para la que la Guía no emitía recomendación.

**Conclusión.** La herramienta FRAX® se ha mostrado útil, sencilla y práctica para decidir el tratamiento antirresortivo en nuestra población.

**//// ID 243**

Adecuación del aporte cálcico en la osteoporosis  
Arias Moliz M, Aoiz Linares J, Moldón Garrido V,  
Feijoo Rodríguez M, Pérez Del Molino Cucurny A,  
López Solana J

EAP Clot. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: isabelweb@yahoo.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.243>

**Objetivos.** Valorar la efectividad de intervención sanitaria sobre la adecuación del aporte cálcico y de las medidas higiénico-dietéticas; valorar cumplimiento terapéutico.

**Material y métodos.** Estudio analítico, antes-después. Población urbana femenina de 50-70 años con osteoporosis primaria sin fractura. Muestra de 97 mujeres. Tras encuesta dietética INDICAD2001 y cuestionario sobre hábitos higiénico-dietéticos y cumplimiento terapéutico, se dio sesión formativa en osteoporosis. A los profesionales se les pasó un listado con los aspectos deficitarios de cada paciente en el control de la osteoporosis, y se realizaron dos sesiones

cuatrimestrales para incidir en la importancia del control. Al año se pasó una encuesta telefónica para controlar los aspectos trabajados inicialmente. Se consideró aporte cálcico adecuado si era  $\geq 1.200$  mg/d.

**Resultados.** Inicialmente participaron 81 mujeres y al año contactamos con 75. Se trata de mujeres de 63 años  $\pm 4,61$  DE que realizan habitualmente ejercicio físico (78,7 %). Un 46,8 % son seguidas por ginecólogo, un 25,3 % por médico de familia, consiguiendo éste mayor adecuación ( $p = 0,013$ ). Con la intervención se pasó del 66,7 % al 70,7 % de adecuación del aporte cálcico ( $p = 0,32$ ), con media de 1.382 mg/d (DE 457). El 60 % toma suplementos de calcio. Un 72 % recibe tratamiento específico para osteoporosis: bifosfonatos (68,5 %). El cumplimiento terapéutico pasó del 37,5 % al 65,2 % ( $p = 0,034$ ).

**Conclusión.** Buen aporte cálcico global. Destaca el alto nivel de adecuación inicial (respecto bibliografía), lo que ha influido en no obtener mejoría significativa tras la intervención. Mejor adecuación en mujeres controladas por el médico de familia. La intervención mejoró el cumplimiento terapéutico. Debemos mejorar el registro de los factores relacionados con el riesgo de presentar osteoporosis.

**//// ID 259**

Racionalización de las peticiones de densitometría ósea utilizando la herramienta FRAX de la OMS

Azagra Ledesma R, Puchol Ruiz N, Encabo Duro G,  
Ortiz Alinque S, Sabaté Cintas V,  
Iglesias Martínez M

CAP Badia del Vallès, ICS; Departamento de Medicina de la UAB,  
Idiap Jordi Gol-Usr Metropolitana Nord. Badia del Vallès, Barcelona.  
Cataluña

Correo electrónico: razagral@telefonica.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.259>

**Objetivos.** La Guía Europea y el National Osteoporosis Guideline Group (NOGG) establecieron cuando es coste-efectivo tratar y cuando hacer una densitometría (DMO) utilizando la herramienta FRAX de la OMS que estima el riesgo absoluto de fractura a 10 años en base a 11 factores de riesgo más la DMO. Nuestro objetivo fue analizar qué proporción de mujeres menopáusicas españolas deberían realizarse una DMO de las que se realizan siguiendo la práctica habitual.

**Material y métodos.** Estudio trasversal analítico en una amplia cohorte dinámica de personas  $\geq 40$  años con factores de riesgo de Barcelona y alrededores. Ámbito: Atención Primaria y hospitalaria. Se incluyeron las personas remitidas durante 6 meses consecutivos para realizar una DMO. De las 3.016 personas que aceptaron participar se excluyeron: varones, mujeres < 50 años y las que recibieron tratamiento específico para osteoporosis.

**Resultados.** Se analizaron 1.650 mujeres de  $\geq 50$  años con la herramienta FRAX (T-Score cuello femoral incluido). Para fractura de cadera 61 (3,7 %) fueron de riesgo alto y 243 (14,7 %) de riesgo intermedio. Con DMO pasaron a riesgo alto 41 casos (16,9 %). Para fractura mayor 16 (1 %) fueron de riesgo alto y 155 (9,4 %) de intermedio. Con DMO pasaron a riesgo alto 19 casos (12,3 %). Entre las mujeres sin fractura previa con riesgo intermedio según FRAX o  $\geq 1$  factor de riesgo en 315 casos (19,1 %) se aconsejaría la DMO.

**Conclusión.** Aplicando el FRAX para población española con los criterios de la NOGG y la Guía Europea se reducirían el 81 % de las DMO que se realizan actualmente en nuestro medio.

**//// ID 274**

Densitometría: entre las guías y la realidad  
Coderch Arís M, Reyes Reyes C, Casasa Plana A,  
Monteserín Nadal R, Moral Peláez I,  
Brotos Cuixart C

EAP *Sardenya, Barcelona, Cataluña*

Correo electrónico: [acasasa@eapsardenya.cat](mailto:acasasa@eapsardenya.cat)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.274>

**Objetivos.** Conocer la adecuación del uso de la densitometría en Atención Primaria según las recomendaciones del PAPPS'09.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal en un centro de salud urbano. Mujeres mayores de 40 años con uno o más de los siguientes diagnósticos: osteoporosis, osteopenia, fractura de fémur, de colles y deformidad vertebral. Revisión de historias clínicas mediante cuestionario de recogida de datos *ad hoc*. Siguiendo el algoritmo de toma de decisiones propuesto por el PAPPS'09.

**Resultados.** Total: 399 mujeres. Edad media 68,6 años (DE 12,3), rango de 40 a 96.

Diagnósticos: osteoporosis (44,9 %), osteopenia (38,1 %), fractura de fémur (8,5 %), colles (7,3 %), fractura vertebral (4,5), aplastamiento vertebral (8,8 %). Según recomendaciones del PAPPS'09, en 81 (20,3 %) de las 399 mujeres, era adecuado realizar la densitometría. No realizada en 51 (63 %) de éstas. El 61,9 % de las 277 densitometrías realizadas no cumplían las recomendaciones. De las cuales, el 51,8 % fueron inducidas. El 98,4 % de éstas, han sido realizadas en mujeres con bajo riesgo. Un 66,1 % recibe tratamiento específico para la osteoporosis.

**Conclusión.** Queda lejos un uso adecuado de las densitometrías, con un llamativo predominio en aquellas mujeres que presentan bajo riesgo de fractura. Utilizamos pruebas que deberían ser complementarias al juicio clínico como pruebas de cribado. Deberíamos estar alerta con la posible yatrogenia, consecuencia de sus resultados.

**//// ID 364**

Conocimiento y manejo de la artritis  
gotosa en Atención Primaria:  
¿en qué fallamos?

Pou Giménez M, Amador Chamón H, Suárez E,  
Moreno F, Jiménez De Gazteñondo M,  
Díaz-Torne C

EAP *Encants; CAP Sant Joan; CAP Roger de Flor; SAP Dreta Eixample, Barcelona, Cataluña*

Correo electrónico: [marianapou@gmail.com](mailto:marianapou@gmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.364>

**Objetivos.** Profundizar en el manejo de la gota en la práctica clínica de los médicos de familia (MF) y estudiar su conocimiento. Compararlos con las recomendaciones EULAR y con la 'British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology guideline for the management of gout'.

**Material y métodos.** Se pasó un cuestionario con 9 ítems a 105 MF en el congreso de la semFYC 2009. Participaron MF de 10 comunidades autónomas. 101 cuestionarios fueron respondidos de manera correcta. La media de edad fue de 39,2 ± 8,9 años. 63,8 % eran mujeres. 23,1 % eran residentes.

**Resultados.** Las déficits hallados más destacables fueron:

– Un 32,7 % de los MF diagnostica la gota únicamente por clínica. Un 65,3 % utiliza además la uricemia.

– Un 43,3 % de los MF retira el alopurinol durante el ataque de gota.

– Un 53,5 % de los encuestados trata hiperuricemias asintomáticas.

– Sólo un 42,6 % de los MF refieren una uricemia ≤ 6 mg/dl como el objetivo a conseguir en el tratamiento hipouricemiante en gota recurrente.

– Un 85,1 % de los MF nunca supera los 300 mg/día de alopurinol.

– Sólo un 33,6 % considera que la hiperuricemia es un factor de riesgo independiente para padecer hipertensión y enfermedad renal o cardiovascular. Un 47,5 % cree que solo están asociados.

**Conclusión.** En este estudio confirmamos y hallamos importantes déficits en el conocimiento y manejo de la gota por parte de los MF. Al ser los responsables de la mayoría de gotosos sería conveniente establecer métodos para corregirlos.

**//// ID 411**

Características y evolución de los reumatismos  
de partes blandas atendidos en consultas  
de Atención Primaria

Mas Garriga X, Vázquez Morocho J, Hernández Perella J,  
Riera Cervera M, Martínez Asensio A,  
Quintanilla Castillo R

EAP *Santa Eulàlia Sud, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), Cataluña*

Correo electrónico: [22716xmg@comb.cat](mailto:22716xmg@comb.cat)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.411>

**Objetivos.** Describir las características de los reumatismos de partes blandas (RPB) atendidos, su manejo y su evolución.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal. *Ámbito:* centro de salud urbano. *Sujetos:* pacientes atendidos en cuatro consultas de Atención Primaria (AP) por nuevos episodios de RPB (noviembre 2008-abril 2009), a quienes se realizó seguimiento evolutivo de 6 meses. *Mediciones:* edad, sexo, patología, porcentaje de visitas por RPB, antecedente del mismo RPB, pruebas complementarias (PC) y hallazgos, derivaciones a otras especialidades, tratamiento, necesidad de incapacidad laboral (IL), evolución clínica a los 15, 30, 90 y 180 días; resolución completa (RC), resolución parcial (RP), sin cambios (SC).

**Resultados.** 134 pacientes, 95(70,9 %) mujeres; edad media 54,2 años (desviación estándar-DS-13.8); 294 visitas (3,2 % del total de citas previas). RPB más frecuentes: hombro doloroso (36,6 %), epicondilitis (17,2 %), trocateritis (14,9 %). Recidivas: 24,6 %. PC solicitadas en 41 %: radiografía 63,3 % (hallazgos en 35,8 %), ecografía 21,6 % (hallazgos en 88,9 %), electromiografía 15,1 % (hallazgos en 100 %). Derivaciones en 20,1 %. Tratamientos más prescritos: AINE (71,6 %), infiltraciones (17,9 %), rehabilitación (7,5 %). IL en 17 %. Evolución: a) 15 días: RC 12,7 %; RP 44,8 %; SC 42,5 %. b) 30 días: RC 23,9 %; RP 44,8 %; SC 31,3 %. c) 90 días: RC 38,1 %; RP 45,5 %; SC 15,7 %. d) 180 días: RC 48,5 %; RP 36,6 %; SC 11,9 %. Encontramos diferencias significativas entre el profesional que atendió el RPB y tratamiento aplicado ( $p < 0,002$ ), solicitud de PC ( $p < 0,0001$ ) y derivaciones ( $p < 0,016$ ).

**Conclusión.** Los RPB son motivo de consulta frecuente en AP, generan derivaciones y petición de PC. Menos de la mitad de los pacientes evolucionan hacia la curación completa a los 6 meses, persistiendo síntomas en el resto.

**//// ID 610**

Hipotiroidismo y enfermedad fibromialgia en una consulta de referencia en un Departamento de Salud

Piles Cabo M, Domínguez Sarmiento S, Pedro Salazar I, Catalán Oliver C, Vivas Maiques C, Palop Larrea V

Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia). Comunidad Valenciana

Correo electrónico: sylviaj2@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.610>

**Objetivos.** Objetivo general: analizar la prevalencia de hipotiroidismo en mujeres con enfermedad de fibromialgia (EF) con un tamaño de muestra superior al de estudios previos, en los que se estima una prevalencia en torno al 10 %. Objetivo específico: determinar la frecuencia del hipotiroidismo en mujeres con EF y que acuden a una consulta de fibromialgia de referencia coordinada por un médico de familia en un departamento de salud.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal. Se estudia a 854 pacientes con EF desde Enero de 2008 a Junio de 2009. La población de estudio la forman aquellas mujeres que cumplen los criterios de EF del Colegio Americano de Reumatología, mayores de 18 años y que acuden a una consulta de referencia durante un año y medio. La valoración de afectación tiroidea se realiza en la primera visita (pacientes ya diagnosticadas de hipotiroidismo o que presentan clínica compatible mediante la analítica pertinente).

**Resultados.** La edad media de las 854 pacientes diagnosticadas de EF es de 36,7, de ellas el 8,0 % (n = 69) presentan hipotiroidismo (primario 50, quirúrgico 7, subclínico 7, por yodo radiactivo 3, enfermedad de Hashimoto 1, autoinmune 1). La edad media de las mujeres con hipotiroidismo es de 53,63.

**Conclusión.** Según los resultados obtenidos, la prevalencia es más baja respecto a estudios previos. Este dato es difícil de correlacionar con lo publicado en otras áreas geográficas por la gran variabilidad de la prevalencia de enfermedad tiroidea.

**//// ID 379**

Paciente experto en dolor crónico musculoesquelético: experiencia en centros de Atención Primaria

Matoses Marco V, Palop Larrea V, Trenor Gomis C, Moreno Pérez E, Gómez Gutiérrez E, Espinosa Urbina R

Departamento de Salud de la Ribera. Alzira (Valencia).

Comunidad Valenciana

Correo electrónico: vimatoses@ribera10.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.379>

**Objetivos de la experiencia.** Implementar un programa paciente experto en dolor crónico musculoesquelético (ME) en centros de Atención Primaria. Desarrollar capacidades de auto-cuidado que les ayuden a vivir con dolor crónico musculoesquelético.

**Descripción de la experiencia.** Se formó un grupo de trabajo integrado por un médico rehabilitador y tres fisioterapeutas con el propósito de elaborar una guía de un programa sobre autocuidado del dolor crónico ME. Con esta guía se pretendía fomentar el estímulo y la ayuda para desarrollar capacidades de autocuidado que les facilite el vivir con dolor ME. Una vez finalizada la guía y por medio del médico rehabilitador se empezaron a derivar a los pacientes al fisioterapeuta, y éste, mediante una entrevista individual y cuatro sesiones en grupo transmitía a los pacientes consejos sobre el autocuidado del dolor crónico ME; consejos que se basaban en tres premisas: explicar la diversificación de dolores

ME, enseñar herramientas y estrategias para mejorar la sintomatología y las actividades de la vida diaria, y la necesidad de que el paciente sea parte activa en la toma de decisiones sobre su autocuidado.

**Conclusiones.** Se lleva a cabo el programa en 44 pacientes durante 4 meses, con una aceptación de las pautas del 89,81 % evaluadas a través de una encuesta de aceptación. Dado el éxito del programa se decide iniciar directamente por parte del fisioterapeuta en todos los pacientes con dolor crónico ME que acuden a la sala de fisioterapia para tratamiento. Se decide la implantación en todo el Departamento de Salud.

**SESIÓN ORAL 12**

Viernes, 18 de junio / 12.00-14.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4D

**Hipertensión arterial****//// ID 674**

Los tensiómetros de nuestros pacientes hipertensos

Sanz Hernández L, Olarra Albizu M, Mimenza Espizua T, Vélez de Medizabal Pérez A, Bengoetxea Peña I, Cairo Rojas G

CS de Basauri-Ariz; CS de Galdakao. Vizcaya. País Vasco

Correo electrónico: matxalen.olarraalbizu@osakidetza.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.674>

**Objetivos.** Conocer las características y la proporción de los pacientes hipertensos con AMPA. Describir los patrones de utilización y valorar su grado de control.

**Material y métodos.** *Diseño:* descriptivo transversal. *Ámbito:* dos centros de salud urbanos. *Sujetos:* 98 pacientes hipertensos de ambos sexos, sin límite de edad, que son propietarios de un aparato de automedida de la presión arterial (PA).

*Muestreo:* se realizan llamadas telefónicas de forma aleatoria entre la totalidad de los hipertensos hasta conseguir el número definitivo. *Mediciones:* mediante entrevista personal con el paciente en el centro de salud: sociodemográficas, factores de riesgo, comorbilidad. Aparato: marca, modelo, indicación, validación (protocolos AAMI, BHS o ESH) y calibración. Patrones de utilización y grado de control PA.

**Resultados.** Edad media de 65,8 años (mínimo 31, máximo 85). Hombres 57 %, mujeres 43 %. IMC de 29,9 +/- 4,4. Además el 21 % son diabéticos y 62 % dislipémicos. El 12 % son fumadores. Un 60 % posee tensiómetro por iniciativa propia y 40 % por indicación facultativa. 91 % de brazo y 9 % de muñeca. 20 marcas distintas y 33 modelos diferentes. El 80 % de los aparatos no están validados (el 67 % entre los indicados por el médico) y solo el 6 % se calibran anualmente. La colocación del manguito y técnica de medición no se realiza adecuadamente en el 41 %. Control de la PA en 62 %.

**Conclusión.** La mayoría se compra el aparato por iniciativa propia. Gran cantidad de marcas y modelos diferentes. Muy baja proporción de tensiómetros validados y calibrados.

**//// ID 766**

Calidad de prescripción terapéutica y grado de control de factores de riesgo cardiovascular

Barahona Del Moral M, Cortés Valverde A, Fernández González R, García Tirado C, Rivas Del Valle P, Ocete Alcalde M

UD de MFyC de Granada; CS Gran Capitán. Granada. Andalucía

Correo electrónico: aicv@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.766>

**Objetivos.** Conocer el riesgo cardiovascular y su control en hipertensos (HT) de un centro de salud (CS); y adecuación del tratamiento a perfil de enfermedad, facilidad de cumplimiento y nivel de control (inercia).

**Material y métodos.** *Tipo de estudio:* observacional, con recogida retrospectiva de datos (2009). *Ámbito:* Atención Primaria. *Muestreo:* de los 570 HT de un CS se eligieron 110 con muestreo sistemático (IC95 %; precisión: 10 %. control óptimo: 30 %). Se identificó en la historia clínica: factores de riesgo (FR) y eventos cardiovasculares; nivel de control; vigilancia; terapéutica (tipo, número, pauta, individualización e inercia).

**Resultados.** La edad media fue 67,7 años y el 56 % son mujeres. Registra enfermedad vascular el 56 % y el 67 % al menos dos FRCV. No tiene monitorización tensional el 37 %. El control óptimo fue del 58 % en presión arterial, 67 % en cLDL y 86 % en glicemia basal; el control simultáneo de HT y cLDL ocurrió en el 44 %. Los fármacos más usados son diuréticos (70 %), IECA/ARA-II (68 %) y betabloqueantes (23 %). Están con monoterapia el 21 % y con pauta única matutina el 85 %. De los HT con cardiopatía el 38 % tiene betabloqueantes, y el 50 % IECA. Se indicó IECA en el 77 % de nefrópatas y 43 % de diabéticos. Se antiagregó al 50 % de HT con eventos cardiacos y la 30 % de los cerebrovasculares. La magnitud de inercia terapéutica ante el mal control (no modificación de tratamiento) fue del 61 %.

**Conclusión.** El control de FRCV es mejorable aunque superior al esperado. Parece existir infrauso de IECA y betabloqueantes en grupos de especial beneficio y cierta pasividad en modificar terapéutica; lo que ofrece un área de mejora centrada en el profesional.

## Neurología / Cerebrovascular

### /// ID 213

Calidad de vida en los pacientes con ictus y AIT atendidos en Atención Primaria

Soriano Palacios N, Brotons Cuixart C, Moral Peláez I, Altés Caïs A, Vàsquez Senan À, Calderó Solé M

*CAP Sardenya. Barcelona. Cataluña*

*Correo electrónico: nsoriano@eapsardenya.cat*

*DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.213>*

**Objetivos.** Evaluar la calidad de vida de los pacientes con ictus y ataque isquémico transitorio (AIT) atendidos en Atención Primaria.

**Material y métodos.** Estudio multicéntrico, prospectivo, de 6 meses de seguimiento de los pacientes con ictus y AIT atendidos en 12 centros de salud de Cataluña. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se realizó con la administración de dos cuestionarios uno genérico, el SF-36 y uno específico, el stroke impact scale, SISv3.

**Resultados.** Participaron 145 pacientes, 61 % varones, edad media 70 años. Al comparar los resultados con los de la población general española todas las dimensiones del SF-36 están más afectadas siendo la peor la función física y la menos afectada la salud mental. La puntuación del componente sumario físico (CSF) y del componente sumario mental (CSM) del SF-36 no presentó diferencias estadísticamente significativas en la evaluación basal y la evaluación a los 6 meses. Las mujeres tenían peor puntuación en el CSM que los hombres ( $p < 0,05$ ). Se observó correlación entre la edad y la CVRS de manera que a mayor edad peor puntuación en el CSF ( $p < 0,05$ ). Los pacientes con comorbilidad asociada presentaron peor puntuación en el CSF ( $p < 0,05$ ). La CVRS medida con el cuestionario

específico SIS no mostró diferencias significativas entre la visita basal y la visita a los 6 meses.

**Conclusión.** Los pacientes con ictus presentan peor CVRS que la población general, sobre todo física. No hay cambios entre la visita inicial y la visita a los 6 meses.

### /// ID 233

¿Estamos aplicando las guías de práctica clínica en los pacientes con ictus en Atención Primaria?

Brotons Cuixart C, Soriano Palacios N, Moral Peláez I, Casanovas Font J, Pepió Vilaubí J, Rodríguez Badia A

*EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña*

*Correo electrónico: nsoriano@eapsardenya.cat*

*DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.233>*

**Objetivos.** Evaluar la aplicación de las guías de práctica clínica (GPC) en relación al control de los factores de riesgo y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos en los pacientes con ictus atendidos en atención primaria.

**Material y métodos.** Estudio multicéntrico, prospectivo, de 6 meses de seguimiento de los pacientes con ictus y AIT atendidos en 12 centros de salud de Cataluña.

**Resultados.** Participaron 145 pacientes, 61 % eran varones, edad media 70 años. En la visita basal, el 53 % de los pacientes tenía mal controlada la PA ( $\geq 140/90$  mmHg,  $\geq 130/80$  mmHg en DM e IRC) y de éstos el 14 % no tomaba ningún tipo de tratamiento hipotensor. El 59 % tenía mal control del cLDL ( $\geq 100$  mg/dl) y de éstos el 38 % no toma ningún tipo de tratamiento hipolipemiante. El 38 % de los pacientes tenía DM, presentando el 4 % de éstos mal control metabólico (HbA1c  $> 7,5$  %) a pesar de recibir tratamiento con insulina. En la visita a los 6 meses el porcentaje de pacientes con mal control había disminuido al 47 % para la PA y al 54 % para el cLDL. El 78 % de los pacientes recibió tratamiento antiagregante (48 % ASA y 29 % clopidogrel) y el 21 % anticoagulante.

**Conclusión.** Un porcentaje alto de pacientes tiene mal control de los factores de riesgo aunque se observa una ligera mejoría en el seguimiento. Es preciso incrementar y optimizar el tratamiento de los factores de riesgo. El tratamiento antiagregante es aceptable.

## Salud mental / Burnout

### /// ID 32

Prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos en Atención Primaria según las historias clínicas informatizadas

Aragonès E, Piñol J, Ramos-Quiroga J, López-Cortacans G, Caballero A, Bosch R

*Grupo de Investigación de Salud Mental en Atención Primaria de Tarragona (Institut Català de la Salut); Programa de TDAH en el adulto del Servicio de Psiquiatría, Hospital Vall d'Hebron. Reus (Tarragona), Barcelona. Cataluña*

*Correo electrónico: earagones01@gmail.com*

*DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.32>*

**Objetivos.** El TDAH en adultos, con una prevalencia poblacional del 3,4 % (Fayyad, et al. Cross-national prevalence and correlates of ADHD. *Br J Psychiatry.* 2007;190:402-9), no es infrecuente.

**Objetivos:** determinar la prevalencia del TDAH diagnosticado en adultos y la proporción de pacientes con prescripción farmacológica para este trastorno, en atención primaria (AP).

**Material y métodos.** Se trata de un estudio transversal sobre las bases de datos de las historias clínicas electrónicas de AP. La población diana son los adultos (18-45 años) adscritos a centros de salud del Instituto Catalán de la Salud (n = 2.452.107).

Hemos obtenido la proporción de pacientes con diagnóstico de TDAH (código F90/CIM-10) en la lista de problemas activos, y la proporción de pacientes con prescripción activa de un fármaco específico para el TDAH en adultos: metilfenidato, metilfenidato de liberación prolongada o atomoxetina (Clinical guideline: Attention deficit/hyperactivity disorder. Diagnosis and management. NICE: London, 2008.)

**Resultados.** La prevalencia de TDAH registrada es del 0,04 % (0,07 % en hombres; 0,02 % en mujeres). Los pacientes con prescripción para TDAH son el 0,07 % (0,08 % en hombres; 0,05 % en mujeres). El 32,05 % de los TDAH tenían prescripción específica.

**Conclusión.** El diagnóstico en adultos de TDAH y el tratamiento específico son extremadamente bajos en AP. Estos resultados contrastan con los datos poblacionales: el TDAH registrado es 1/85 de la prevalencia poblacional. Surge la cuestión, que nuevas investigaciones deberán responder, de quienes y cómo son estos individuos con TDAH, presumiblemente presentes cotidianamente en las consultas de AP y, sin embargo, no identificados ni tratados específicamente.

#### //// ID 670

Aplicación de técnicas de relajación en Atención Primaria. Respiración profunda y relajación muscular profunda

Galindo Martí M, Espert Lozano S,  
González Candelas R

CS Salvador Pau. Valencia. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: galinms@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.670>

**Objetivos de la experiencia.** Enseñar a hacer la respiración profunda y relajación muscular profunda. Mejorar su estado de ansiedad. Mejorar las constantes vitales: presión arterial,

frecuencia cardíaca. Motivar a realizar técnicas de relajación en su domicilio y ante situaciones estresantes.

**Descripción de la experiencia.** Aplicamos técnicas de relajación (respiración profunda y relajación muscular profunda) a 25 pacientes diagnosticados de ansiedad (CIE-9-300.0 ESTADOS DE ANSIEDAD). El único criterio de exclusión fue la no disponibilidad o la negativa del paciente a formar parte del grupo. Se valoró previamente a cada paciente presión arterial, frecuencia cardíaca y estado de ansiedad mediante la escala de Goldberg y escala de ansiedad de Hamilton.

Acudían una vez a la semana durante 2 meses al gimnasio del centro de salud donde realizábamos la respiración profunda y relajación muscular profunda. Tumbados en colchonetas, con luz tenue y música relajante. Posteriormente, se les dio un protocolo de relajación muscular profunda de 15 grupos musculares para que lo aprendieran y lo practicarán en casa. Al finalizar el programa se volvió a pasar las escalas de ansiedad, se tomó constantes vitales. El 80 % de los pacientes descendió la presión arterial entre 10 y 20 mmHg y la frecuencia cardíaca entre 20 y 30 lpm. El 60 % de los pacientes la habían puesto en práctica en una situación estresante. Un 85 % mejoró su estado de ansiedad. Todos confesaron haber aprendido a realizar las técnicas de relajación.

**Conclusiones.** Ha sido una experiencia positiva, ya que se ha visto una mejoría del estado físico y psíquico de los pacientes. El resultado más positivo es que los pacientes estaban más contentos, relajados y había disminuido notablemente su estado de ansiedad. La relación entre ellos y con nosotros mejoró.

#### SESIÓN: MEJORES COMUNICACIONES

Viernes, 18 de junio / 15.30-17.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 1 / Auditorio 1A

En esta sección se presentarán las mejores comunicaciones orales y póster 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 .....	144
Gestión, atención y calidad asistencial.....	144
Sesión póster 2.....	144
Gestión, atención y calidad asistencial.....	144
Tabaquismo .....	145
Sesión póster 3.....	145
Enfermedad cardiovascular / Factores de riesgo cardiovascular .....	145
Sesión póster 4.....	146
Enfermedad cardiovascular / Factores de riesgo cardiovascular .....	146
Diabetes y síndrome metabólico .....	146
Sesión póster 5.....	146
Atención a la mujer / Embarazo .....	146
Atención al adolescente .....	147
Sesión póster 6.....	147
Atención al anciano .....	147
Cáncer.....	147
Digestivo.....	147
Medicamentos / Medicina alternativa.....	148
Sesión póster 7.....	148
Osteoporosis / Aparato locomotor.....	148
Docencia .....	148
Sesión póster 8.....	149
Urgencias .....	149
Neurología / Cerebrovascular .....	149
Hipertensión arterial .....	149
EPOC y enfermedades respiratorias.....	149
Dislipemias / Nutrición / Obesidad.....	149
Sesión póster 9.....	149
Medicina y medios de comunicación.....	149
Vacunas.....	149
Enfermedades infecciosa.....	150
Sesión póster 10 .....	150
Otros / Miscelánea .....	150
Salud mental / Burnout .....	150
Sesión: Mejores comunicaciones.....	150

### Comunicaciones sin defensa

Proyectos de investigación.....	151
Pósteres sin defensa.....	154
Alcohol y drogadicción.....	154
Anticoagulación / Antiagregación.....	154
Atención al adolescente.....	155
Atención al anciano.....	155
Atención al cuidador.....	156

Atención a la mujer / Embarazo.....	156
Cáncer.....	157
Diabetes y síndrome metabólico.....	157
Digestivo.....	159
Dislipemia / Nutrición / Obesidad.....	159
Docencia.....	160
Enfermedad cardiovascular / Factores de riesgo cardiovascular.....	162
Enfermedad renal.....	165
Enfermedades infecciosas.....	165
EPOC y enfermedades respiratorias.....	166
Gestión, atención y calidad asistencial.....	167
Hipertensión arterial.....	171
Medicamentos / Medicina alternativa.....	172
Medicina y medios de comunicación.....	173
Neurología / Cerebrovascular.....	173
Osteoporosis / Aparato locomotor.....	173
Otros / Miscelánea .....	174
Salud mental / Burnout .....	176
Tabaquismo.....	176
Urgencias.....	177
Vacunas.....	178
Validación de estudios.....	178
Violencia doméstica.....	178

#### NOTA:

Todas las comunicaciones se podrán consultar en Internet mediante el DOI®System (Digital Object Identifier). Este sistema permite identificar contenidos en el entorno digital. Cada comunicación tiene su correspondiente DOI®.

El digital object identifier (DOI) asegura la identificación persistente de contenidos, en general o en cualquier tipo de soporte, en redes digitales. Una forma común de emplear el sistema DOI es dar a las publicaciones o contenidos de formación científicos un nombre específico, a modo de referencia, que cualquiera pueda utilizar para localizarlos a través de la Red. Basta con añadir dicho nombre tras <http://www.dx.doi.org/>.

La accesibilidad es su mayor diferencia con otros identificadores como el ISBN o el ISSN, mientras que respecto a un sistema basado en las URL usado en las páginas Web, el sistema DOI tiene la ventaja y la vocación de permanencia, de no cambiar con el paso del tiempo, aunque el artículo sea reubicado en una dirección distinta, lo que asegura la continuidad del acceso al contenido digital.

Puede utilizarse como referencia curricular y como referencia bibliográfica, siendo actualmente aceptado por la mayoría de repositorios bibliográficos a nivel mundial, como Medline. Es un registro que gestiona mejor la propiedad intelectual en un mundo interconectado, de forma controlada y automatizable.

El sistema DOI está gestionado por la International DOI Foundation, un consorcio abierto con colaboradores con ánimo o sin ánimo de lucro, y ha sido aceptado por ISO como sistema de estandarización. Las agencias registradoras en Europa, EEUU, Australia y Asia, ya han registrado más de 40 millones de nombres DOI, entre 2000 y 2009.

Para consultar en Internet las comunicaciones aceptadas en el 30º Congreso de la semFYC, sólo deberá introducir en la barra de su navegador la dirección DOI completa que aparece debajo de los datos de cada comunicación. Por ejemplo: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.5>

## COMUNICACIONES CON DEFENSA

**SESIÓN PÓSTER 1**

Jueves, 17 de junio / 09.30-10.30 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4F

## Gestión, atención y calidad asistencial

**//// ID 116**

Clima emocional en dos distritos sanitarios de Atención Primaria. Una aproximación a través de metodologías cuantitativas y cualitativas

Danet Danet A, García Romera I, March Cerdá J

Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. Andalucía

Correo electrónico: [alina.danet.easp@juntadeandalucia.es](mailto:alina.danet.easp@juntadeandalucia.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.116>

**//// ID 196**

Evaluación de una estrategia basada en la estratificación de los pacientes de ERGE por frecuencia e impacto de los síntomas

Ponce J, Garrigues V, Rodrigo C, Pastor C, Nuevo J, Tafalla M

Centro de Investigación Biomédica de Enfermedades Hepáticas

y Digestivas (iber-Ehd); Servicio Medicina Digestiva,

Hospital Universitario La Fe; Departamento de Salud La Fe.

Valencia. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: [javier.nuevo@astrazeneca.com](mailto:javier.nuevo@astrazeneca.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.196>

**//// ID 352**

Disminución de la derivación al Servicio de Alergias hospitalario mediante la aplicación del *prick test* en Atención Primaria

Ortega Anllo E, Trojaola Larrea E, Apiñaniz Fernández De Larrinoa A, Miranda Serrano E

CS de Lakuabizkarra. Vitoria. País Vasco

Correo electrónico: [enrique.ortegaanllo@osakidetza.net](mailto:enrique.ortegaanllo@osakidetza.net)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.352>

**//// ID 483**

Utilización de un servicio de preguntas clínicas basado en la evidencia (PREEVID) por médicos de familia

Sánchez López M, Castillo Bueno M, Sánchez Sánchez J, Aguinaga Ontoso

Centro Tecnológico de Documentación e Información Sanitaria

de la Consejería de Sanidad de Murcia. Murcia. Región de Murcia

Correo electrónico: [m.sanchezlopez@gmail.com](mailto:m.sanchezlopez@gmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.483>

**//// ID 593**

Evaluación de un protocolo de recepción de acogida y clasificación por enfermería en un centro de urgencias de Atención Primaria

Galindo Ortego G, Cruz Esteve I, Marsal Mora J, Real Gatus J, Farrás Salles C, Nadal Braqué N

CAP Primer de Maig, USR Lleida Pirineus, Idiap Jordi Gol). Lleida.

Cataluña

Correo electrónico: [ggalindoo@gmail.com](mailto:ggalindoo@gmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.593>

**//// ID 717**

Presión asistencial y complejidad de pacientes.

Una correlación aparentemente escasa  
Alberquilla Menéndez-Asenjo Á, Magán Tapia P, Gil De Pareja Palmero M, López Gutiérrez A, Iglesias Rodríguez R, Muñoz González J

GAP del Área 14; Unidad de Investigación del Hospital Universitario.

Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: [aalberquilla.gapm11@salud.madrid.org](mailto:aalberquilla.gapm11@salud.madrid.org)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.717>

**//// ID 117**

Nuevas tecnologías y gestión de la consulta: acercando la dermatología a la Primaria

Pérez Lucena M, Martínez Pin C, Muguruza Aguado J, Bosc Bella J, Sanz Holgueras C, Batyreva M

CAP Serrapareira. Cerdanyola del Vallès (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: [cserrapareira.ics@gencat.cat](mailto:cserrapareira.ics@gencat.cat)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.117>

**//// ID 153**

Pacientes con comorbilidad: desarrollo de un aplicativo informático para la ayuda en la toma de decisiones

Costa Ribas C, Viana Zulaica C, Castiñeira Pérez M, Louro González A, González Guitián C, Casariego Vales E

CS Fingo; CS Elviña; CS Cambre; Complejo Hospitalario Xeral-Calde.

Lugo, A Coruña. Galicia

Correo electrónico: [carmencastineiraperez@gmail.com](mailto:carmencastineiraperez@gmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.153>

**SESIÓN PÓSTER 2**

Jueves, 17 de junio / 10.30-11.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4F

## Gestión, atención y calidad asistencial

**//// ID 270**

Programa paciente experto ICS en terapia anticoagulante oral

Mourelo Cereijo M, Cebrián Pujol H, López Beltrán F, Rodríguez Pérez E, Gil Sánchez E, González Mestre A

EAP Gòtic. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: [mmourelo@camfic.org](mailto:mmourelo@camfic.org)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.270>

**//// ID 476**

Comité Farmacoterapéutico de Atención Primaria de Terres de l'Ebre: una iniciativa dirigida por médicos de familia para mejorar la calidad de la prescripción

Pepió Vilaubí J, Diògene Fadini E, Rodríguez Cumplido D, Carot Doménech J, Escartín Estaun T, Caballero De la Torre R

Gerència Territorial Terres de l'Ebre, ICS. Tortosa (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: [jmpepio@comt.org](mailto:jmpepio@comt.org)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.476>

**//// ID 616**

Programa de Soporte en Salud Mental: aumentando la resolución desde Atención Primaria (PSP-AP)

Perona Pagán M, Vilaplana Massaguer M, Castro Capilla M, Vedia J, Casamayor Lloria C, Fernández Vilchez A

ABS Vilanova 4; CAP Sant Joan. Vilanova i La Geltrú (Barcelona).

Cataluña

Correo electrónico: [mperona@ambitcp.catsalut.net](mailto:mperona@ambitcp.catsalut.net)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.616>



**//// ID 744**

Proyecto VIGIA: sistema de gestión de la información analítica. Usos y utilidad  
 Montero Carrera J, Torres Garrido M  
 UGC del CS San Pablo, Distrito Sanitario de Sevilla. Sevilla. Andalucía  
 Correo electrónico: gjypsa@gmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.744>

**Tabaquismo****//// ID 39**

Impacto de la deshabituación tabáquica sobre las infecciones respiratorias  
 Valle Cruells E, Santsalvador Font I, Picó Font J, Fontcuberta Muñariz I, Arevalo Genicio A, Giménez Gómez N  
 CAP Vallldoreix. Sant Cugat del Vallès (Barcelona). Cataluña  
 Correo electrónico: 31429evc@comb.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.39>

**//// ID 438**

Informar sobre la espirometría mejora la efectividad del consejo para dejar de fumar. Resultados a un año del estudio ESPITAP  
 Martín Luján F, Piñol Moreso J, Pascual Palacios I, Pérez Bauer M, Grivé Isern M, Guinjoan Aymemí N  
 Dirección de Atención Primaria Tarragona-Reus, ICS. Tarragona. Cataluña  
 Correo electrónico: fmartin@camfic.org  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.438>

**//// ID 550**

Detección de elevada prevalencia de tabaquismo en una Zona de Salud rural desde atención continuada  
 De Nicolás Jiménez J, Salgado Pacheco H, Barros García P, Palomo Cobos L, Salgado Pacheco J, López Casares D  
 CS de Arroyo de la Luz. Cáceres. Extremadura  
 Correo electrónico: jorgedenicolas@hotmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.550>

**//// ID 743**

Uso del aroma como técnica en la deshabituación tabáquica  
 Alcalá Del Olmo González M, García Alegre M, Calvo Trujillo S, Fernández Cuevas J, Pérez Muñoz R, Martín Vallejo L  
 CS Doctor Trueta. Alcorcón (Madrid). Comunidad de Madrid  
 Correo electrónico: scalvo@papps.org  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.743>

**SESIÓN PÓSTER 3**

Jueves, 17 de junio / 12.00-13.00 h  
 Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4F

**Enfermedad cardiovascular / Factores de riesgo cardiovascular****//// ID 194**

Prevención primaria cardiovascular en el paciente no diabético en la España de las autonomías: indicación de tratamiento con estatinas en función de la guía de práctica clínica utilizada

Buñuel Granados J, Garcés Ballesteros E, Caballero Soler J, Lou Arnal T, Ibáñez Estella J, Lou Arnal S  
 CS Utebo. Utebo (Zaragoza). Aragón  
 Correo electrónico: jbuñuelg@medynet.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEs010.Abst.194>

**//// ID 201**

Concordancia entre la estratificación de riesgo cardiovascular según las tablas de las sociedades europeas de hipertensión y el REGICOR  
 Garcés Ballesteros E, Caballero Soler J, Buñuel Granados J, Lou Arnal T, Lou Arnal S, Ibáñez Estella J  
 CS Utebo. Utebo (Zaragoza). Aragón  
 Correo electrónico: jbuñuelg@medynet.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.201>

**//// ID 251**

¿Es el índice tobillo-brazo una ayuda para calcular el riesgo cardiovascular?  
 Sorribes Capdevila M, Herreros Herreros Y, Alzamora Sas M, Forés Raurell R, Bertolin Arnau A, Artper E  
 CAP Numancia; CAP Riu Nord-Riu Sud. Barcelona. Cataluña  
 Correo electrónico: yolandaherreros@gmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.251>

**//// ID 359**

Análisis de las consultas previas en Atención Primaria y los factores de riesgo cardiovascular en enfermos con SCA ingresados en UCI  
 Otero Harana M, Martín Álvarez L, Estella García A  
 CS La Granja y San Benito; SCCU Hospital Sas Jerez. Jerez de la Frontera (Cádiz). Andalucía  
 Correo electrónico: lucia@hotmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.359>

**//// ID 398**

Paciente experto en insuficiencia cardíaca: ¿cuál es su impacto?  
 Moliner Molins C, González Santamaría M, Campamà Tutusaus I, Sans Corrales M, Jodar Sola G, Parellada Esquius N  
 ABS El Castell. Castelldefels (Barcelona). Cataluña  
 Correo electrónico: cmoliner@ambitcp.catsalut.net  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.398>

**//// ID 410**

Síndrome apneas-hipopneas del sueño: características clínicas y epidemiológicas en un centro de salud (estudio SAHPO)  
 Aguado Lázaro N, De las Heras Carballo T, Barahona Ruíz E, Morón Merchante I, Ayuso Olmedo I  
 CS Pozuelo Estación. Pozuelo de Alarcón (Madrid). Comunidad de Madrid  
 Correo electrónico: nurieta\_2000@yahoo.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.410>

**//// ID 446**

Frecuentación y estratificación del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos conocidos  
 Acín Alcober N, Cebrián Bellot S, Bleda Martínez J, Corell González M, Orozco Beltrán D, Schwarz Chávarri G  
 CS San Blas. Alicante. Comunidad Valenciana  
 Correo electrónico: schwarz.ger@gmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.446>

**//// ID 480**

Utilización insuficiente del índice tobillo-brazo en un Área de Salud: propuestas de mejora  
Morón Merchante I, Gijón Conde T, González López E, Gómez Martín O, Palau Cuevas J, Egocheaga Cabello I  
*GAP del Área 6. Majadahonda (Madrid). Comunidad de Madrid*

Correo electrónico: imoronm@saludalia.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.480>

**SESIÓN PÓSTER 4**

Jueves, 17 de junio / 13.00-14.00 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4F

### Enfermedad cardiovascular / Factores de riesgo cardiovascular

**//// ID 542**

Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con síndrome de apneas-hipopneas del sueño de nuestro centro de salud (estudio SAHPO)

De Las Heras Carballo T, Morón Merchante I, Aguado Lázaro N, Barahona Ruiz E, Ayuso Olmedo I

*CS Pozuelo Estación. Pozuelo de Alarcón (Madrid). Comunidad de Madrid*

Correo electrónico: taniadelasheras@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.542>

**//// ID 751**

Análisis de la utilización de clopidogrel en la Comunidad Valenciana

Fornos A, Orozco D, Puig J, Fluixà C, Pascual M, Gaubert M

*Sociedad Valenciana de Medicina de Familia. Valencia. Comunidad Valenciana*

Correo electrónico: dorozcobeltran@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.751>

**//// ID 640**

Prescribiendo salud: ejercicio físico y riesgo cardiovascular

Hernández Ribera M, Ciurana Tebé M, Sant Masoliver C, Descals Singla E, García Font M, Comelles Berenguer C

*ABS Manresa 2. Manresa (Barcelona). Cataluña*

Correo electrónico: maeria\_ty@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.640>

### Diabetes y síndrome metabólico

**//// ID 46**

Implicaciones de la utilización de los nuevos criterios diagnósticos basados en la HBA1C (ADA 2009) en una cohorte de pacientes atendidos en un centro de Atención Primaria

González Sánchez S, De Prado Lacueva C, Salido Valencia V, Castelló Alonso M, Gibrat Pineda M, Mata Cases M

*CS La Mina. Sant Adrià del Besós (Barcelona). Cataluña*

Correo electrónico: mmata@medynet.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.46>

**//// ID 96**

Uso de retinografía en determinación de incidencia de afectación ocular en diabetes tipo 2

Abadía Cebrián F, Jauregui García M, Rubio Fernández J, Gainza San Sebastián R, Amenabar Asurmendi M, Argaya Orbegozo M

*CS de Lasarte. Lasarte (Guipúzcoa). País Vasco*

Correo electrónico: maryluz.jaureguigarcia@osakidetza.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.96>

**//// ID 687**

¿Inercia insulínica?

De la Torre Bonal Y, Lorca González M, Guzmán Boronat L, Sánchez Pinilla M

*CS Vistalegre-Laflota. Murcia. Región de Murcia*

Correo electrónico: yaniradelatorre@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.687>

**//// ID 735**

GBA:  $\geq 100$  o  $\geq 110$  mg/dl?, seguimiento a los 4 años Mas Ortega M, Megias Blanco M, Obiols Fornell M, Ybárcena Álvarez O, Schmitt Breikreitz G, Roura Olmeda P

*ABS Badia del Vallès, UD de MFyC Metropolitana Nord.*

*Badia del Vallès (Barcelona). Cataluña*

Correo electrónico: mmasor8@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.735>

**//// ID 172**

¿Actuamos ante el mal control de nuestros pacientes con diabetes tipo 2?

Serra Laguarda M, Berbel Navarro C, De Prado Peña E, Rupérez Vielba F, Moreno Andujar D, Argüello Moreno O

*CAP Ca N'Oriac. Sabadell (Barcelona). Cataluña*

Correo electrónico: elenadeporado@yahoo.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.172>

**SESIÓN PÓSTER 5**

Jueves, 17 de junio / 15.30-16.30 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4F

### Atención a la mujer / Embarazo

**//// ID 268**

Características familiares, estresores, apoyo social y función familiar de las inmigrantes magrebíes gestantes en Atención Primaria

Morera Llorca M, Folch Marin B, Giner Esparza M, Rosell Domínguez M

*CS de Algemesí. Valencia. Comunidad Valenciana*

Correo electrónico: miquelmorerallorca2@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.268>

**//// ID 654**

Conociendo a las pacientes con síndrome de ovario poliquístico

Lillo García I, Soler Ferrería D, Martínez Jiménez E, Reina Nicolás I, Tudela De Gea M, Menárguez Puche J

*CS Profesor Jesús Marín. Molina de Segura (Murcia). Región de Murcia*

Correo electrónico: irenelillogarcia@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.654>

**//// ID 676**

Embarazo y baja laboral  
 San Sebastián Moreno K, Orte García A, López Rúa C,  
 Peñafiel Crespo L, Cairo Rojas G  
*UD de MFyC de Vizcaya. Vizcaya. País Vasco*  
*Correo electrónico: kepamirena.sansebastianmoreno@osakidetza.net*  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.676>

**//// ID 685**

Influencia de dispensación de anticoncepción poscoital  
 De Magrinyà Claramunt J, Sabaté Lissner D,  
 García Barco M, Castellari P, Gómez Villarejo V,  
 Vicente Aisa M  
*Centro de Urgencias de Atención Primaria de Reus. Reus (Tarragona). Cataluña*  
*Correo electrónico: loslidavid@yahoo.es*  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.685>

**//// ID 728**

Incapacidad temporal en el embarazo  
 Gil Higes E, Avalos Galan E, Molina Ramos J, Medina  
 Sampedro M, Escribano Romo G, Rubiato Aragón R  
*CS de Villaviciosa de Odón. Madrid. Comunidad de Madrid*  
*Correo electrónico: emmagilhiges@yahoo.es*  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.728>

**Atención al adolescente****//// ID 36**

Actitud de jóvenes, según su origen, de un Área  
 de Salud ante el embarazo no deseado  
 Alonso García C, Piñana López A, Luquín Martínez R,  
 Canovas Inglés A, Mihai Iunona G, Muñoz Ureña A  
*CS Virgen de la Caridad (Cartagena-Oeste). Cartagena (Murcia). Región de Murcia*  
*Correo electrónico: alfonsoapl@aol.es*  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.36>

**//// ID 81**

Disonancias cognitivas en la intervención antitabaco  
 en adolescentes  
 Pérez Milena A, Pérez Fuentes C, Navarrete Guillén A,  
 Álvarez Nieto C, Mesa Gallardo I, Cabrera Biósquez J  
*CS El Valle. Jaén. Andalucía*  
*Correo electrónico: alpemi@gmail.com*  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.81>

**//// ID 74**

Educación a adolescentes en comportamientos  
 sexuales seguros. Enfermedades de transmisión sexual  
 y anticonceptivos  
 Díaz Revilla A, Fernández Díez A, Fernández Barreto C,  
 Torres Ortega B, León Vázquez F  
*CS Pozuelo-San Juan de la Cruz. Pozuelo Alarcón (Madrid). Comunidad de Madrid*  
*Correo electrónico: fleonv@meditex.es*  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.74>

**//// ID 812**

Desayuno solo o acompañado. Hábitos y contenido  
 del desayuno de los escolares  
 Domingo Orduña M, Cabo Plaza I, Pons Ruiz A, García  
 Gea E, Rabanaque Mallén G, Bosch Gregori R  
*CS de Segorbe. Castellón. Comunidad Valenciana*  
*Correo electrónico: mdomingo@comcas.es*  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.812>

**SESIÓN PÓSTER 6**

Jueves, 17 de junio / 16.30-17.30 h  
 Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4F

**Atención al anciano****//// ID 324**

Manejo del paciente anciano en atención  
 domiciliaria  
 Alberro Goñi I, Sanz Gómez C, Ulibarri Portillo J,  
 Lezaun Burgui D, Zabalza Irigoyen F, Ibero Pérez M  
*CS de San Jorge. Pamplona. Navarra*  
*Correo electrónico: idoiaalberro@hotmail.com*  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.324>

**//// ID 509**

La salud a través de la participación y el juego  
 Romera Punzano M, Moreno Girao M,  
 Martínez Martínez M, Gallardo Díaz M,  
 Bartres Canet N, Aguilera Boter N  
*ABS La Roca del Vallès. La Roca del Vallès (Barcelona). Cataluña*  
*Correo electrónico: 24728mmg@comb.cat*  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.509>

**Cáncer****//// ID 300**

Comorbilidad, demora del paciente y demora  
 diagnóstica en el cáncer de colon y recto  
 Pita Fernández S, Pértega Díaz S,  
 González Santamaría P, Seijo Bestilleiro R,  
 Seoane Pillado T, López Calviño B  
*Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística del Complejo  
 Hospitalario Universitario A Coruña; CS de Teixeiro. A Coruña.  
 Galicia*  
*Correo electrónico: sonia.pertega.diaz@sergas.es*  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.300>

**//// ID 564**

Gammopatía monoclonal de significado incierto.  
 Grado de participación de los pacientes en estudios  
 poblacionales  
 González López L, Latorre Gutiérrez M,  
 De La Hoz García B, Sánchez Pérez-Moneo B,  
 Muñoz Alcón H, Hernández Martín J  
*CS del Área de Segovia: Segovia I, II y III; Servicio de Hematología  
 del Hospital General de Segovia. Segovia. Castilla y León*  
*Correo electrónico: lgonzalvezl@gmail.com*  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.564>

**Digestivo****//// ID 707**

Estudio de intolerancia a la lactosa en población  
 adulta  
 Juanpere Simó S, Romagosa Pérez-Portabella A,  
 Grau Carod M, González Solanellas M,  
 Seguro Gurrutxaga H, Tormo Carnicé R  
*CS Raval Nord; Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. Cataluña*  
*Correo electrónico: anaromagosa@hotmail.com*  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.707>

## Medicamentos / Medicina alternativa

### //// ID 51

¿Prescribir por guía terapéutica de Atención Primaria mejora la prescripción de antibióticos?  
Llopis Cerezo J, González Aguirre J, González Espadas R, García Domingo C, Pereiro Berenguer I, Faubel Barrachina M  
CS Puerto de Sagunto. Sagunto (Valencia). Comunidad Valenciana  
Correo electrónico: cgdomingo@yahoo.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.51>

### //// ID 527

Uso racional y seguridad de los colirios en Atención Primaria  
Folch Marin B, Giner Esparza M, Vercher Llopis M, Davila Escate N, Catalan Oliver C, Palop Larrea V  
CS de Algemesi; Hospital de La Ribera. Alzira (Valencia). Comunidad Valenciana  
Correo electrónico: mginer@ribera10.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.527>

### //// ID 633

Información sobre el tratamiento farmacológico a pacientes con patologías crónicas en Atención Primaria: perspectivas de los pacientes  
Pérez Cárceles M, Arjona López I, Cantero Sandoval A, Gómez Liarte A, Pereñíguez Barranco J, Luna Maldonado A  
Área de Medicina Legal y Forense, Universidad de Murcia; GAP de Murcia. Murcia. Región de Murcia  
Correo electrónico: mdperez@um.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.633>

## SESIÓN PÓSTER 7

Viernes, 18 de junio / 09.30-10.30 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4F

## Osteoporosis / Aparato locomotor

### //// ID 88

Tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica según recomendaciones actuales. ¿Realidad o ficción?  
Aranda García Y, García Alonso A, Vidiella Eguiluz B, Alvarez Martín L  
CS Barajas; CS Benita de Ávila; CS Silvano; CS Mar Báltico. Madrid. Comunidad de Madrid  
Correo electrónico: yoli\_ag@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.88>

### //// ID 109

¿Cuándo se les rompe la cadera a nuestros ancianos?  
Garmendia Leiza J, Aguilar García M, Andrés De Llano J, Ardura Aragón F, Ardura Fernández J, Casaseca Higuera P  
CS Los Jardinillos; Grupo de Investigación en Cronobiología de la Universidad de Valladolid. Palencia, Valladolid. Castilla y León  
Correo electrónico: garbi69@garbi6.jazztel.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.109>

### //// ID 303

Perfil clínico, grado de afectación y manejo terapéutico de pacientes con artrosis en Atención Primaria: proyecto EVALUA  
Pita Fernández S, Pérttega Díaz S, Castaño Carou A, Evalua G  
Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; CS de Frades. A Coruña. Galicia  
Correo electrónico: sonia.pertega.diaz@sergas.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.303>

### //// ID 304

Calidad de vida y sus determinantes en pacientes con artrosis de rodilla y cadera  
Pita Fernández S, Pérttega Díaz S, Castaño Carou A, Evalua G  
Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; CS de Frades. A Coruña. Galicia  
Correo electrónico: sonia.pertega.diaz@sergas.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.304>

### //// ID 317

Infiltraciones en el tratamiento de la patología no articular en el CAP Fontetes-Cerdanyola del Vallès  
González Flores P, Fernández-Aramburu Lumbarres M, Martín Aparicio R, Rubio Villar M, Moreno Rosel M  
CAP Fontetes. Cerdanyola del Vallès (Barcelona). Cataluña  
Correo electrónico: pedro\_agf92@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.317>

## Docencia

### //// ID 107

Aplicación al centro de salud de los conocimientos adquiridos en el dispositivo de cuidados críticos y urgencias  
Rodríguez Martínez M, Aranda Guerrero R, Castillo Moraga M, Fernández Del Barrio M  
UGC del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias, Dirección de Salud del Distrito Sanitario Jerez-Costa Noroeste; UD de MFyC de Cádiz. Jerez de la Frontera (Cádiz). Andalucía  
Correo electrónico: escorpio.64@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.107>

### //// ID 429

Utilidad de la videograbación de las sesiones clínicas en el programa formativo de Medicina Familiar y Comunitaria  
Ocaña Rodríguez J, González Amaya S, Ruiz Peña M, Alonso Piñero J, Gómez Sánchez T, Rodríguez Bermúdez De Castro F  
CS Algeciras-Norte. Algeciras. Andalucía  
Correo electrónico: ocana@ono.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.429>

### //// ID 528

Análisis de las tareas incluidas en el portfolio de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria  
Valverde Bolívar F, Cózar García I, Alcalde Molina M, Pérez Milena A  
UD de MFyC de Jaén. Jaén. Andalucía  
Correo electrónico: fjvalverdebolivar@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.528>

**//// ID 692**

Atención Primaria: puerta de entrada de los estudiantes de medicina al Sistema Sanitario

González Saavedra M, Bosch Foncuberta J, Fuentes Pérez M, Garaikoetxea Iturriria A, Llauger Rosselló M, López Pareja N

CAP Maragall. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: 27467mgs@comb.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.692>

**SESIÓN PÓSTER 8**

Viernes, 18 de junio / 10.30-11.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4F

## Urgencias

**//// ID 246**

Estudio de intervención formativa con mini ensayos para mejorar la atención de las emergencias sanitarias en un centro de salud

Trenchs Rodríguez M, Muñoz Gómez S, Delgado Girón S, García Ortega L, González García F, Casabella Abril B

CAP Drassanes, ABS Raval Sud. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: mtrenchs@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.246>

## Neurología / Cerebrovascular

**//// ID 59**

¿Cuál es la probabilidad de supervivencia en personas que han sufrido un primer ictus isquémico?

Clua Espuny J, Panisello Tafalla A, Lucas Noll J, Piñol Moreso J, Ripolles Vicente R, Queralt Tomas M

EAP Tortosa-1 Est; UD de MFyC de Tortosa. Tortosa (Tarragona).

Cataluña

Correo electrónico: jlclua@telefonica.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.59>

## Hipertensión arterial

**//// ID 80**

Errores metodológicos en la utilización de la automedida de la presión arterial

Pérez Gortari P, Ugartondo Ruiz De Arbuló M, Martínez De la Eranueva R, Pizano Larios R, Arteaga Solorzano E, Basterra Domínguez Z

CS de Sansomendi; UD de MFyC de Álava. Vitoria-Gasteiz. País Vasco

Correo electrónico: gortarilopetegui@telefonica.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.80>

## EPOC y enfermedades respiratorias

**//// ID 435**

EPOC más allá del FEV1

Fernández Quero A, Mas i Pujol M, Munar i Fors C, Díaz Villanueva J, Frias Casanovas J, Romero Ruperto S

CAP Chafarinas. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: alferque@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.435>

**//// ID 474**

Factores asociados a la espirometría de calidad en Atención Primaria]

Martín Luján F, Piñol Moreso J, Sagarra Álamo R, Gil Sánchez M, Vila Molet M, Isach Subirana A

Dirección de Atención Primaria de Tarragona, ICS. Tarragona.

Cataluña

Correo electrónico: fmartin@camfic.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.474>

**//// ID 575**

Descripción de la participación de investigadores y reclutamiento de pacientes en un ensayo clínico multicéntrico. Una aproximación mixta

cuantitativa-cualitativa. A propósito del estudio SPAIN Calvo Corbella E, Quirce Gancedo S, Plaza Moral V, Barcina C, Magdalena García M, Muñoz M

CS Pozuelo de Alarcón I; Servicio de Alergias del Hospital La Paz;

Servicio de Neumología del Hospital Santa Creu i Sant Pau;

Astrazeneca. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: eduardo.calvo@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.575>

## Dislipemias / Nutrición / Obesidad

**//// ID 386**

Diferencias en la dieta entre población autóctona e inmigrante

Juanpere Simo S, Grau Carod M, Romagosa Pérez-Portabella A, Torres Sánchez A, Lancho Lancho S, González Solanellas M

CAP Doctor Sayé. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: magonzalez.bcn.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.386>

**SESIÓN PÓSTER 9**

Viernes, 18 de junio / 12.00-13.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4F

## Medicina y medios de comunicación

**//// ID 100**

Salud-e.es, su primera encuesta

Alonso García M, Cánovas Inglés A, Piñana López A, Luquín Martínez R, Mihai Iunona G, Muñoz Ureña A

CS Virgen de la Caridad (Cartagena-Oeste). Murcia. Región de Murcia

Correo electrónico: alfonsoapl@aol.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.100>

## Vacunas

**//// ID 241**

Mejora de la cobertura vacunal de la gripe a mediante una intervención telefónica

Juvanteny i Gorgals J, Atero Villen M, Yuste i Botey M, Carbó Díez M, Loscertales De la Puebla M, Enguix I Cugat J

CAP Via Barcino. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: myuste@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.241>

**//// ID 457**

Análisis de los determinantes de vacunación antigripal en pacientes hipertensos, tras valoración de su riesgo cardiovascular

Corell González M, Acín Alcober N, Bleda Martínez J, Cebrián Bellot S, Orozco Beltrán D, Schwarz Chavarri G  
CS San Blas. Alicante. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: schwarz.ger@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.457>

**//// ID 565**

Vacunación frente a la gripe en profesionales sanitarios, ¿estamos motivados?

Lucas Pérez-Romero F, Ayuso Raya M, Martínez Pardo I, Escobar Rabadán F

CS Universitario Zona II, Zona IV, Zona VIII. Albacete. Castilla-La Mancha

Correo electrónico: candeayuso@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.565>

**//// ID 686**

Impacto de la gripe H1N1 en un equipo de Atención Primaria

Cardona Bosch M, Mena González A, López Pareja N, Rovira España M, Monegal Ferran F, Roset Bartoli M  
EAP Congrés. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: amena@semfyc.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.686>

## Enfermedades infecciosas

**//// ID 326**

Infección por *Neisseria Gonorrhoeae* en Atención Primaria. Microbiología y buena práctica clínica

Chaves Mejuto D, Álvarez Fernández M, Potel Alvarellos C

Servicio de Microbiología Hospital Xeral y Área de Salud de Atención

Primaria Vigo-Centro; Universidad de Vigo, Departamento

de Bioquímica, Inmunología y Genética. Vigo. Galicia

Correo electrónico: diana.chavesmejuto@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.326>

**//// ID 361**

Otitis media aguda

Cebamano Marin J, Beristain Romenteria X, Mazón Ramos A, Calahorra Gázquez L, Arostegui Castillo De la Flor C, Torroba Álvarez L

Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra

Correo electrónico: marien.navarro@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.361>

## SESIÓN PÓSTER 10

Viernes, 18 de junio / 13.00-14.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4F

## Otros / Miscelánea

**//// ID 13**

¿Existen las llamadas «no enfermedades» como motivos de consulta en Atención Primaria?

Monedero Mira M, Persiva Saura B, Tena Barreda R, Batalla Sales M, Ballester Arnal R, García Domingo C

CS Rafalafena; Centro de Atención Sanitaria Urgente de Castellón;

Universitat Jaume I de Castellón; CS Canet de Berenguer. Castellón.

Comunidad Valenciana

Correo electrónico: mjosem@ono.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.13>

**//// ID 249**

Evaluación de la utilización de los servicios de Atención Primaria por parte de la población inmigrante

Hernández Carmona A, López Torres G, Novo Martín , Osorio Martos C, Rodríguez García A, Ramírez Zafra L

ZBS Villacarrillo; ZBS Alcalá La Real; CS La Chana; CS Cartuja;

DCCU Granada; Hospital de Motril. Jaén, Granada. Andalucía

Correo electrónico: antoarjo@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.249>

**//// ID 556**

Futuros padres: frecuentación en una etapa de transición

Doz Mora J, Romero Esteban J, Gascón D

CAP Badia del Vallès. Badia del Vallès (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: 22414fdm@comb.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.556>

**//// ID 644**

Prevalencia de hipertensión ocular y posible asociación con otras variables en Atención Primaria

Fejoo Fernández R, Vicente Ruiz A, Gracia Bouthelie C, Díaz Laso C

CS Fuentelarreina. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: selviejo@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.644>

**//// ID 701**

Tratamiento de la hiperuricemia en Atención Primaria

De la Plaza Romero J, Collado Prada A, Aced Urbano A, Paz Elias F, Díaz Cantalapiedra S, Cairo Rojas G

CS de Erandio; CS de Algorta; CS de Leioa. Bilbao (Vizcaya). País Vasco

Correo electrónico: anitaced@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.701>

**//// ID 750**

Déficit de vitamina B12: algo más que anemia perniciosa

Serrano Ferrández E, Salas Puig-Duran S, Farrus Palou M, Gimbert Ràfols R, Marti Montesa J

CAP El Carmel. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: elenasf7@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.750>

**//// ID 754**

Vamos de marcha... nórdica

Santasusagna Terradas L, Mulo Tarragona M, Bosom Diumenjo M, Díaz Gallego A, Bosch J, Pasarin A

CAP Sant Rafael; Hospital de Sant Rafael. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: montseidavid@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.754>

## Salud mental / Burnout

**//// ID 638**

Insomnio, el gran olvidado de la Atención Primaria

Figueras Almoril X, Carrizosa Bach M, Álvarez Castro M

ABS Camps Blancs. Sant Boi de Llobregat (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: malvaca07@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.638>

## SESIÓN: MEJORES COMUNICACIONES

Viernes, 18 de junio / 15.30-17.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 1 / Auditorio 1A

En esta sección se presentarán las mejores comunicaciones orales y póster 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 SIN DEFENSA

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

**//// ID 24**

Disfunción eréctil en diabéticos tipo  
Ruiz Peña M, Sánchez Guerrero J, Álvarez Miralles R,  
Ocaña Rodríguez D, González Amaya S,  
Fernández Crespo M  
CS Los Barrios. Cádiz. Andalucía  
Correo electrónico: dr.manuel.ruiz@gmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.24>

**//// ID 37**

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad  
en pacientes adultos de Atención Primaria  
Aragonès E, Piñol J, Ramos-Quiroga J, López-Cortacans  
G, Caballero A, Bosch R  
Grupo de Investigación de Salud Mental en Atención Primaria de  
Tarragona (Institut Català de la Salut); Programa de TDAH en el adulto  
del Servicio de Psiquiatría, Hospital Vall d'Hebron. Reus (Tarragona),  
Barcelona. Cataluña  
Correo electrónico: earagones01@gmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.37>

**//// ID 58**

Evaluación de la red ciudadana de formadores  
en seguridad del paciente del Sistema Nacional  
de Salud  
Pérez Corral O, Ruiz Azarola A, García Romera I,  
March Cerdá J  
Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. Andalucía  
Correo electrónico: olivia.perez.easp@juntadeandalucia.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.58>

**//// ID 68**

Hábitos nutricionales de los adolescentes y de su  
entorno familiar en una zona urbana  
Pérez Milena A, Cueto Camarero M,  
Álvarez Nieto C, Pastor Moreno G,  
Camacho Ortega M, Ruiz Ortega P  
CS El Valle. Jaén. Andalucía  
Correo electrónico: alpemi@gmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.68>

**//// ID 70**

Estudio de retinopatía diabética en una zona rural  
Rabanaque Mallen G, Pagá Casanova A,  
Balaguer Rodríguez J, Hernández Mañas J  
CS de Segorbe. Castellón. Comunidad Valenciana  
Correo electrónico: jesús.balaguer@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.70>

**//// ID 76**

Prevalencia de la enfermedad arterial periférica en  
pacientes hipertensos de una consulta de Atención  
Primaria  
Mateu Ribes D, Vera García S, Nuñez Medina R  
CS Castellar-Oliveral; CS Joaquín Benlloch. Valencia. Comunidad  
Valenciana  
Correo electrónico: davidmateuribes21@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.76>

**//// ID 82**

Efectividad de una intervención educativa en médicos  
de Atención Primaria para el diagnóstico temprano  
de psicosis  
Pérez Milena A, Ruiz Ortega P, Ramos Ruiz J, Jiménez  
Pulido I, Lara Cabeza F, Ruiz Veguillas M  
UD de MFyC de Jaén. Jaén. Andalucía  
Correo electrónico: alpemi@gmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.82>

**//// ID 143**

Eficacia de un programa de intervención para modificar  
los factores de riesgo conductuales de cáncer de colon  
y recto en Atención Primaria  
Bárcena Atalaya A, Zapata Martínez I, Chacón Caso P,  
López García De Longoria V, González Menacho G,  
Béjar Prado L  
CS Paulino García Donas, Alcalá de Guadaíra; CS Virgen  
de las Nieves, Los Palacios; CS El Arahal; CS Bellavista; CS Utrera.  
Sevilla. Andalucía  
Correo electrónico: anabelen666@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.143>

**//// ID 149**

Intervención grupal psicoeducativa desde la Atención  
Primaria  
Rodrigo De Pablo F, Lasoosa Medina L, Rodríguez Franco A,  
Cánovas Zaldúa Y, Ros Martí E, Benito Lumbreras R  
CS Passeig de Sant Joan. Barcelona. Cataluña  
Correo electrónico: ycanovas.bcn.ics@gencat.cat  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.149>

**//// ID 163**

Estudio de una intervención grupal frente a la  
intervención habitual en pacientes con sobrepeso  
y obesidad  
Devant Altimir M, González De Paz L, De Pedro Elvira B,  
Vidiella Piñol I, Benachy N  
CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña  
Correo electrónico: lgonzalez@clinic.ub.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.163>

**//// ID 165**

Efectividad de la implementación de una guía de  
prescripción de hipolipemiantes consensuada  
entre Atención Primaria y hospital sobre el control  
del colesterol ldl en cardiopatía isquémica  
Pepio Vilaubí J, Dalmau Llorca R, Boira Costa M,  
Aguilar Martín C, Gentile Lorente D,  
Bofill Montoro D  
Àmbit Terres de l'Ebre de Catalunya. Tortosa (Tarragona). Cataluña  
Correo electrónico: rdalmau.ebre.ics@gencat.cat  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.165>

**//// ID 203**

Disfunción eréctil como marcador de riesgo de eventos  
cardiovasculares. Fase I  
Milozzi Berrocal J, Pérez Morales D, Álvarez M,  
Amilibia I, Pérez Leon N, Pimienta M  
CAP Llefià Badalona-6. Badalona. Cataluña  
Correo electrónico: dperez@mipapps.org  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.203>

**//// ID 217**

Preguntémosle a los sanitarios sobre la inercia terapéutica en la atención al ictus

Pérez Soler C, Fernández Cuenca J, Sánchez Marín A, García Marín P, López Santiago A

CS de Moratalla. Moratalla. Región de Murcia

Correo electrónico: juana.fernandez3@carm.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.217>

**//// ID 222**

Valoración del cambio de fase en el proceso de abandono del hábito tabáquico ante un impacto visual

García Gómez C, Llorens Edo F, Turk F, Torres Segura I, González Espadas R, Cubedo Capella S

Atención Primaria. Valencia. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: ivankatorres2@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.222>

**//// ID 245**

Eficacia de un programa educacional dirigido a pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus cuidadores para reducir el número de visitas a los dispositivos de Urgencias

Rodríguez Capitán M, Carmona Sánchez E, Lara Gómez P, Rodríguez Conesa E, Fernández García C, Peláez Gálvez E

CS Colonia Santa Inés-Teatinos; CS Puerta Blanca. Málaga. Andalucía

Correo electrónico: la\_mariose@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.245>

**//// ID 253**

Efectividad de una intervención de retroalimentación de información de derivaciones a atención especializada realizadas por médicos de Atención Primaria

Quesada Suárez J, Jiménez Pulido I, Carranza Miranda E, Pérez Milena A, Mesa Gallardo I, Leal Helmling F

Distrito Jaén Nordeste. Jaén. Andalucía

Correo electrónico: idoiadjp@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.253>

**//// ID 279**

Proyecto EDUCORE: evaluación de la efectividad de un modelo de aprendizaje visual basado en riesgo SCORE para pacientes con hipertensión arterial mal controlada en Atención Primaria

Escortell Mayor E, Rodríguez Salceda I, Del Cura González I, Cabello Ballesteros L, Riesgo Fuertes R, Garrido Elustondo S

Servicio Madrileño de Salud; Gerencia de AP y 22 centros de salud.

Madrid, Alcalá, Torrejón, Leganés, Fuenlabrada, Pinto.

Comunidad de Madrid

Correo electrónico: eescortell.gapm03@salud.madrid.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.279>

**//// ID 293**

Valorar la efectividad de una intervención dirigida al uso racional del medicamento. Ensayo clínico

Reyes Reyes C, Serrano Pons H, Ichazo Tobella B, Monteserín Nadal R, Galán Díez M, Coderch Arís M

EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: rmonteserin@eapsardenya.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.293>

**//// ID 299**

Demora diagnóstica y estrategias de seguimiento en el cáncer colorrectal: su influencia en el pronóstico (proyecto DECCIRE II)

Pita Fernández S, Esteva Cantó M, Macià Guilà F, Sánchez Calavera M, Espí Macías A, Pérttega Díaz S

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; GAP de Mallorca; Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica; Hospital del Mar; CS Canal Imperial.

Zaragoza, A Coruña, Mallorca, Barcelona, Valencia. Aragón,

Galicia, Islas Baleares, Cataluña, Comunidad Valenciana

Correo electrónico: sonia.pertega.diaz@sergas.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.299>

**//// ID 307**

Riesgo cardiovascular, comorbilidad, calidad de vida y dependencia en personas de 40 y más años de edad en el municipio de Cambre

Pita Fernández S, Seoane Pillado T, Pérttega Díaz S, Silva Vázquez N, Álvarez Moital I, González Martín C

Unidad de Epidemiología y Bioestadística del Complejo Hospitalario

Universitario A Coruña; CS de Cambre; Universidad de A Coruña.

A Coruña. Galicia

Correo electrónico: maria.teresa.seoane.pillado@sergas.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.307>

**//// ID 320**

Influencia de la institucionalización en el estado nutricional de los ancianos de un Área de Salud rural

Méndez Estevez E, Rey Charlo M, Rivero Cotilla I, García Dopazo S, Romero Pita J, Gómez Fernández I

Área de Salud de Xinzo de Limia. Ourense. Galicia

Correo electrónico: eugenia.mendez.estevez@sergas.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.320>

**//// ID 321**

Variabilidad y adecuación de la prescripción de antibióticos en episodios de faringoamigdalitis, y costes derivados de la no adecuación

Álvarez Cagigas Cabrero L, Moyano González A, Paulos Dos Santos S, Romero Guía J

Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias

Correo electrónico: anaviasol@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.321>

**//// ID 365**

Desarrollo y validación de un modelo pronóstico y de predicción funcional para pacientes pluripatológicos en Atención Primaria: estudio PROFUND

Bohorquez Colombo P, Ortiz Camuñez M, Quiroga Alonso V, Codina Lenaspa A, Garrido Porras E, Ollero Baturone M

CS de Camas; CS Los Bermejales; CS La Candelaria. Sevilla. Andalucía

Correo electrónico: mortizc@meditex.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.365>

**//// ID 373**

Factores sociales en la etiología de la enfermedad cardiovascular: una revisión sistemática

Vignoli Carradori S, Martínez Manero A, Hermoso Cortés E, Villa Vázquez S, Rodríguez Latre L, Allende Monclús B

CAP Rambla. Sant Feliu de Llobregat (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: svignoli@ambitcp.catsalut.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.373>



**//// ID 400**

Estudio de conciliación de medicación en pacientes de una unidad de gestión clínica de Atención Primaria durante las transiciones asistenciales  
 Bonillo García M, Salazar Bravo M, Calleja Hernández M, Trabado Herrera M, Pérez Romera F, Alarcón Payer C  
 UGC Gran Capitán; Unidad de Gestión Clínica de Farmacia del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. Andalucía  
 Correo electrónico: mariaa.bonillo.sspa@juntadeandalucia.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.400>

**//// ID 445**

El paciente de trato difícil en Atención Primaria: un estudio cualitativo  
 Fernández Álvarez R, Menéndez Villalva C, Fernández Domínguez M, Álvarez Mazariegos J, Fernández Villanueva R  
 PAC Allariz; CS Mariñamansa; UD de MFyC de Ourense; GAP de Ourense; CS Allariz; Complejo Hospitalario Ourense. Ourense (A Coruña). Galicia  
 Correo electrónico: mariajose.fernandez.dominguez@sergas.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.445>

**//// ID 491**

Impacto de una intervención educativa sobre el cumplimiento terapéutico en Atención Primaria  
 Herrero Selma E, Claramonte Gual E, Aicart Bort M, Batalla Sales M, Monedero Mira M  
 CS Rafalafena. Castellón de la Plana (Castellón). Comunidad Valenciana  
 Correo electrónico: eclaramonte@gmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.491>

**//// ID 573**

Grado de distrés, somatizaciones y creencias sobre salud-enfermedad de pacientes inmigrantes en consultas de Atención Primaria  
 Cebrià Andreu J, Torán Monserrat P, Segura Bernal J, Espinasa Rifà J, Limón Ramírez E, Muñoz Ortiz L  
 Unitat de Suport a la Recerca Metropolitana Nord-Idiap Jordi Gol. Mataró (Barcelona). Cataluña  
 Correo electrónico: ptoran.bnm.ics@gencat.cat  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.573>

**//// ID 582**

Efectividad de la detección oportunista de fibrilación auricular en personas mayores de 65 años. Estudio FAMDAP  
 Martínez Adell M, Espinosa Almendro J, Lobos Bejarano J, Baena Díez J, Burdoy Joaquín E, Coma M  
 Agencia de Investigación semFYC. Barcelona. Cataluña  
 Correo electrónico: langel.perula.sspa@juntadeandalucia.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.582>

**//// ID 605**

Relación del nivel social familiar con los estilos de vida nocivos en adolescentes escolarizados  
 Pérez Milena A, González Calvo J, Leal Helmling F, Mesa Gallardo I, Jiménez Pulido I, Martínez Fernández M  
 CS El Valle. Jaén. Andalucía  
 Correo electrónico: alpemi@gmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.605>

**//// ID 611**

Detección de deterioro cognitivo en una Área Básica de Salud  
 Comas Arnau G, Santeugini Bosch A  
 ABS Canet de Mar. Canet de Mar (Barcelona). Cataluña  
 Correo electrónico: asanteugini@gmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.611>

**//// ID 614**

Evaluación de un programa formativo de RCP y DEAS en los centros de secundaria de un ABS  
 Santeugini Bosch A, Comas Arnau G  
 ABS Canet de Mar. Canet de Mar (Barcelona). Cataluña  
 Correo electrónico: asanteugini@gmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.614>

**//// ID 639**

Intervención grupal en pacientes frente a la práctica habitual para disminuir los eventos hemorrágicos en pacientes en tratamiento con acenocumarol  
 Fernández De Lezeta Caravaca I, Domenjó Solsona M, Martínez Arroyo E, López-Picado A, Apiñaniz Fernández De Larrinoa A  
 CS San Martín; Unidad de Investigación de Álava. Vitoria-Gasteiz. País Vasco  
 Correo electrónico: marinadomenjosolsona@hotmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.639>

**//// ID 643**

Haz salud con la marcha... nórdica  
 Bosom Diumenjo M, Santasusagna Terradas L, Mullo Tarragona M, Díaz Gallego A, Bosch J, Pasarín A  
 CAP Sant Rafael; Hospital de Sant Rafael. Barcelona. Cataluña  
 Correo electrónico: 31989mbd@comb.cat  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.643>

**//// ID 713**

Efectividad de una intervención basada en el modelo de atención a pacientes crónicos para la mejora del control en pacientes con cardiopatía isquémica. Programa PROPESE-1  
 Ruesca E, Gaubert M, Orozco D, Pertusa S, López J, López F  
 CS El Cabo; CS El Pla; CS Campello. Alicante. Comunidad Valenciana  
 Correo electrónico: dorozcobeltran@gmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.713>

**//// ID 726**

Comparación de dos técnicas de diagnóstico dermatoscópico en lesiones pigmentadas en Atención Primaria  
 Alcántara Muñoz P, Reina Nicolás I, Álvarez Sánchez G, Tudela De Gea B, Guillén Torregrosa M, Alcolea Nieto A  
 CS Profesor Jesús Marín. Molina de Segura (Murcia). Región de Murcia  
 Correo electrónico: pampml@terra.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.726>

**//// ID 731**

Detección precoz de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en pacientes de riesgo: infradiagnóstico en Atención Primaria. Estudio DETEPOC  
 Moldón Garrido V, Haro Iniesta L, Sellarès Gómez N, García Alfaro F, Aoiz Linares J, Senán Sanz M  
 EAP El Clot. Barcelona. Cataluña  
 Correo electrónico: vero.moldon@gmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.731>

**//// ID 745**

Impacto de una estrategia de formación en habilidades comunicativas a través de Internet y de utilización de proteína C capilar en el porcentaje de prescripción antibiótica en las infecciones del tracto respiratorio inferior

Llor Vilà C, Cots Yago J, Alcántara J, García G, Arranz Izquierdo J, Monedero Mira M

CS Jaume I. Tarragona. Cataluña

Correo electrónico: carles.llor@urv.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.745>

**//// ID 747**

Escarval: estudio cardiometabólico valenciano

Gil V, Redon J, Martín Moreno J, Orozco D, Navarro J, Pallares V

Universidad Miguel Hernández, Universidad de Valencia. Valencia.

Comunidad Valenciana

Correo electrónico: dorozcobeltran@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.747>

**//// ID 761**

Evaluación de la Plataforma ECCS como herramienta para la transferencia de capacidad de autogestión a los crónicos desde Atención Primaria

Magallón Botaya R, Lafuente A, Pinilla Pallejà R

CS del Arrabal; Dirección de Atención Primaria Sector I; Bet Value SL.

Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: rpinilla@betvalue.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.761>

**//// ID 790**

Abordaje de la esteatosis hepática no alcohólica en Atención Primaria

Samperio González M, Selvi Blasco M, Sadurní Bosch E, Fernández Linares E, Bonich Piqué M, Caro López L

CAP Horta. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: 35418msb@comb.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.790>

**//// ID 814**

Estudio de prevalencia de EPOC no diagnosticada en una CCAA

Delsors Mérida-Nicolich E, Sánchez Nanclares G, Martínez Escandel R, García Córdoba J, Calle Urra J, López Santiago A

Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Murcia.

Región de Murcia

Correo electrónico: alopez@semfyc.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.814>

**//// ID 819**

Desarrollo y validación de una escala de predicción para fractura osteoporótica en población de la Comunidad Valenciana. Estudio ESOSVAL\_R

Sanfélix-Genovés J, Peiró S, Sanfélix-Gimeno G, Giner V, Gil V, Pascual M

CS de Nazaret; Departamento de Salud 5 de la Agencia Valenciana de Salud, Valencia Centro Superior de Investigación en Salud Pública. Valencia. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: sanfelix\_jos@gva.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.819>

**PÓSTERES SIN DEFENSA**

## Alcohol y drogadicción

**//// ID 718**

Qué pasa con nuestros bebedores de riesgo

Pereiro Estevan B, Hermida Rodríguez B, Pineda Gurrea A, Martín Beñaran J, Hidalgo Pellicer M, Céspedes Suzuki E

CS Javier Sáez de Buruaga; CS Arangoiti; CS San Ignacio;

CS Otxarkoaga. Bilbao (Vizcaya). País Vasco

Correo electrónico: mi\_alea@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.718>

## Anticoagulación / Antiagregación

**//// ID 187**

Paciente anticoagulado: paciente polimedicado: excelente indicador de «carga» asistencial

Gómez Castaño J, Buitrago Ortega M, Piñera Salmerón P, Monge Fernández L, Sánchez Turpin P

CS de Cieza. Murcia. Región de Murcia

Correo electrónico: j.basilio@terra.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.187>

**//// ID 327**

Estudio del control de anticoagulación en los pacientes con fibrilación auricular crónica al ingreso en un hospital universitario

Florencio De Queiroz F, Rodríguez Barrientos R, Taboada Taboada M, Ríos Blanco J, Cervantes Guijarro C

CS Fuencarral, GAP del Área 5; Hospital La Paz. Madrid.

Comunidad de Madrid

Correo electrónico: flavimed@yahoo.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.327>

**//// ID 419**

La doble antiagregación en Atención Primaria. ¿Lo estamos haciendo bien?

Martínez Martínez N, Abadía Lasala E, Asensio Vidal M, Fernández García P, Marcillas Gómez M, March Seguí I

ABS Cambrils. Cambrils (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: neus.martinez@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.419>

**//// ID 601**

Antiagregación en pacientes diagnosticados de arteriopatía periférica

Mourelle Varela R, Martín Correa E, Borrás Calvo A, Molina Guasch C, Llorens Vercher R, Menéndez Puigalli J

ABS Riu Nord-Sud; ABS Guineueta. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: espemartin7@terra.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.601>

**//// ID 665**

Factores determinantes en el control óptimo de la anticoagulación oral en Atención Primaria

Gerona Alarcón J, Castellví Margalef A, Bachrani Reverte E, Barrio Torrell F, Luque Martí P, Piñol Moreso J

ABS Reus 2; CAP Sant Pere. Reus (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: cisobarrio@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.665>

**//// ID 671**

Comorbilidad en anticoagulación oral según el nivel asistencial

Bachrani Reverté E, Gerona Alarcón J, Castellví Margalef A, Barrio Torrell F, Luque Martí P, Piñol Moreso J

*ABS Reus 2; CAP Sant Pere. Reus (Tarragona). Cataluña*

Correo electrónico: ciscobarrio@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.671>

**//// ID 678**

Manejo clínico de la anticoagulación oral en Atención Primaria

Castellví Margalef A, Bachrani Reverté E, Gerona Alarcón J, Barrio Torrell F, Luque Martí P, Piñol Moreso J

*ABS Reus 2; CAP Sant Pere. Reus (Tarragona). Cataluña*

Correo electrónico: ciscobarrio@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.678>

## Atención al adolescente

**//// ID 34**

Cuál es la evidencia en las revisiones del niño sano

María Tablado M, Montejo Martínez C

*CS Los Fresnos, Área 3; CS Canillejas I, Área 4. Torrejón de Ardoz (Madrid). Comunidad de Madrid*

Correo electrónico: docencialosfresnos@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.34>

**//// ID 111**

Valoración de los patrones de consumo de tabaco en la adolescencia mediante el uso de un registro autocumplimentado

Pérez Milena A, Mesa Gallardo I, Leal Helmling F, Jiménez Pulido I, Navarrete Guillén A, Medina Saniger M

*CS El Valle. Jaén. Andalucía*

Correo electrónico: alpemi@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.111>

**//// ID 174**

Dieta mediterránea para el futuro

Hernández Carmona A, López Torres G, Osorio Martos C, Novo Martín J

*CS de Villacarrillo; CS Cartuja. Granada. Andalucía*

Correo electrónico: antoarjo@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.174>

**//// ID 176**

Médico de familia y..., asesor juvenil

Hernández Carmona A, Checa Rubio C, Medina Muñoz J, Fuentes Punzano M, López Torres G, Osorio Martos C

*CS de Villacarrillo; CS Cartuja. Granada. Andalucía*

Correo electrónico: antoarjo@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.176>

**//// ID 328**

¿Ha cambiado algo en 10 años? Discusión sobre los comportamientos de riesgo de alumnos de bachiller

García Pastor J, Pineda Praena L, Rodríguez Díaz R, Calvo N

*CS de Santa María de Guía. Las Palmas. Islas Canarias*

Correo electrónico: juanantoniojgarcia pastor@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.328>

**//// ID 339**

Impacto de la libre dispensación de la medicación poscoital en oficinas de farmacia

Viñes Silva M, Gerhard Pérez J, Vázquez Durán A, Bernad Suárez J, Crivillé Mauricio S, Cortés Martínez J

*EAP Guillem Masriera. Vilassar de Mar (Barcelona). Cataluña*

Correo electrónico: vinyesmaricarmen@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.339>

**//// ID 381**

Hábitos, conocimientos y dieta de los adolescentes

González Solanellas M, Grau Carod M, Moreno González M, Juanpere Simo S, Moreno Feliu R, Romagosa Pérez-Portabella A

*CAP Doctor Sayé. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: magonzalez.bcn.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.381>

## Atención al anciano

**//// ID 148**

¿Uso o abuso de los fármacos psicotropos en ancianos?

García Castillo E, Bailón López De Lerena M

*Hospital Universitario de Getafe; CS Sector III. Madrid.*

*Comunidad de Madrid*

Correo electrónico: elenagcs@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.148>

**//// ID 155**

Nuestros ancianos: ¿desean realizar talleres de memoria?

Fuentes Pérez M, Barrachina Beltran M, Monteagudo Caba P, Bustamante Expósito A, García Puig E, Castell Fríguls E

*ABS Camp de l'Arpa; CAP Maragall; SAP Dreta, ICS. Barcelona.*

*Cataluña*

Correo electrónico: mafuentesperez@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.155>

**//// ID 221**

Evaluación del consumo de fármacos en las residencias geriátricas adscritas a un centro de salud urbano

Quintana Urrea M, Garay López De Aguilera A,

Sebastian Aparicio M, Ruiz Márquez R

*CS Aranbizkarra 2. Vitoria-Gasteiz. País Vasco*

Correo electrónico: mpsebastian@euskalnet.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.221>

**//// ID 226**

Descripción de la población atendida en su domicilio

Borreguero Guerrero E, García Sancho M,

Salvador Salvador A, Granado Viera C,

Castells Montes A, Morón Ugalde A

*CAP Torreforta. Tarragona. Cataluña*

Correo electrónico: eborreguero@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.226>

**//// ID 257**

Utilización de recursos asistenciales por una población anciana o muy anciana

Monteserin Nadal R, Reyes Reyes C, Coderch Aris M,

Casasa Plana A, Galán Díez M, Delgado Álvarez B

*EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: rmonteserin@eapsardenya.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.257>

**//// ID 286**

Valoración funcional de los pacientes institucionalizados asignados a un centro de salud urbano  
 Garay López De Aguilera A, Quintana Urrea M, Sebastian Aparicio M, Ruiz Márquez R  
 CS Aranbizkarra 2. Vitoria. País Vasco  
 Correo electrónico: mpsebastian@euskalnet.net  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.286>

**//// ID 532**

Uso del programa paciente experto ICS® en insuficiencia cardíaca para mejorar no sólo a personal médico y de enfermería sino también a pacientes  
 Silvestre Puerto V, Fernández Delgado M, González Azuara S, Bernardes Carulla C, Vilalta García S, González Mestres A  
 Casap Canbou. Castelldefels (Barcelona). Cataluña  
 Correo electrónico: silverpuer@yahoo.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.532>

**//// ID 612**

Detección precoz de depresión en Atención Primaria en pacientes mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo  
 Baquerizo Gallardo J, Pedregal González M, Retortillo Ramos P, Fernández Fuentes C, Gil Cañete A, López Aguilar J  
 UGC Isla Chica. Huelva. Andalucía  
 Correo electrónico: nacho43@adslmail.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.612>

**//// ID 681**

Ancianos polimedicados, ¿se revisa periódicamente el tratamiento?  
 Luque Santiago A, González Villaune R, Herrero García A, Vázquez Mpaltatzidou T  
 CS La Plata. Torrejón de Ardoz (Madrid). Comunidad de Madrid  
 Correo electrónico: aluques@papps.org  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.681>

**//// ID 700**

Los fármacos que consumen nuestros pacientes ancianos, ¿son inadecuados? ¿Es diferente en los pacientes institucionalizados?  
 Luque Santiago A, González Villaune R, Herrero García A, Vázquez Mpaltatzidou T  
 CS La Plata. Torrejón de Ardoz (Madrid). Comunidad de Madrid  
 Correo electrónico: aluques@papps.org  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.700>

**//// ID 710**

Prevalencia de la situación de dependencia en pacientes mayores de 65 años de la consulta de Atención Primaria  
 Hermosa García A, Roca Navarro M, Losa Rodríguez G, Cerdà Adrián J, Cobas Rojas K, Mora Rojo C  
 CS República Argentina. Valencia. Comunidad Valenciana  
 Correo electrónico: anamariahermosa@yahoo.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.710>

**//// ID 722**

La presencia de patologías somáticas graves condiciona el sueño de los adultos mayores de 70 años  
 El-Hajj A  
 ABS Reus 4. Reus (Tarragona). Cataluña  
 Correo electrónico: elhajjali@yahoo.co.uk  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.722>

**//// ID 740**

Uso del sistema personalizado de dosificación en un Área Básica de Salud urbana  
 Salinas Caldas E, Rodríguez Quevedo C, Martí Nogué M, León Sanromà M, Torres Jon L, Rodríguez Latre L  
 ABS La Gavarra. Cornellà de Llobregat (Barcelona). Cataluña  
 Correo electrónico: 13970mmn@comb.cat  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.740>

**//// ID 802**

Tratamiento farmacológico del insomnio y comorbilidad en pacientes mayores en Atención Primaria  
 López López F  
 CS Vicente Muzas, Área 4. Madrid. Comunidad de Madrid  
 Correo electrónico: lopezserna8@hotmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.802>

**Atención al cuidador****//// ID 248**

Evaluación del estado de salud del cuidador principal de pacientes dependientes con patologías crónicas  
 López Torres G, Novo Martín J, Osorio Martos C, Hernández Carmona A, Hernández Pérez De la Blanca M, Rodríguez García A  
 CS Cartuja; ZBS Alcalá La Real; CS La Chana; ZBS Villacarrillo; CS Almanjajar; DCCU Granada. Granada, Jaén. Andalucía  
 Correo electrónico: ginelop@yahoo.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.248>

**//// ID 269**

Cuidate para cuidarlo  
 Perelló Bratescu A, Alguer De la Torre M, Del Pino Astorga C, Gisbert Niallet N  
 CAP Barceloneta. Barcelona. Cataluña  
 Correo electrónico: ainaperello@camfic.org  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.269>

**Atención a la mujer / Embarazo****//// ID 188**

Programa de educación para la salud en el climaterio  
 Lahoz Lasala C, Benito López A, Burillo Pérez R, Sarasa Bosque C, Denizon Arranz S, Perez Marco C  
 CS Actur Sur. Zaragoza. Aragón  
 Correo electrónico: anabenitolopez@yahoo.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.188>

**//// ID 236**

Masculinidad y feminidad en los accidentes de tráfico: el género al volante  
 Ojuel Solsona J, Fuentes Pujol M, Mayolas Saura E, Parralo Paque R, Montañés Alcántara F, Escobar Oliva B  
 EAP La Salut-Badalona 7, Barcelonès Nord-Maresme. Badalona (Barcelona). Cataluña  
 Correo electrónico: juliaojuel@gmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.236>

**//// ID 278**

Resultados del examen del proceso de cáncer de cérvix e identificación de las características de la población  
 Valverde Morillas C, García Castillo L, Gómez Rodríguez J, Taboada Sance P, Morata Céspedes M, Cruz Álvarez T  
 CS de la Zubia. La Zubia (Granada). Andalucía  
 Correo electrónico: carmenvalverde9@yahoo.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.278>

**//// ID 430**

Cuidando nuestra salud física y emocional a través del café-tertulia

Moreno Girao M, Romera Punzano M, Martínez Martínez M

*ABS La Roca del Vallès. La Roca del Vallès (Barcelona). Cataluña*

Correo electrónico: 24728mmg@comb.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.430>

**//// ID 466**

Embarazo, tabaco y vacunas. ¿Pensamos en las embarazadas?

Bernad Suárez J, Comas Enrique S, Valles Navarro R, Bernad Marin L, Santamaria Colomer C, Vázquez A

*CAP Doctor Masriera. Vilassar de Mar (Barcelona). Cataluña*

Correo electrónico: jesusbernadsuarez@camfic.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.466>

**//// ID 703**

Prevalencia de hábito tabáquico en mujeres

embarazadas. Factores asociados al no abandono

Hermosilla Camacho C, Martín Azofra M, Pedregal González M, Poley González A, Domínguez Quintero B, Mora Rodríguez A

*UGC Molino de la Vega. Huelva. Andalucía*

Correo electrónico: cristinasanlucarc@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.703>

**//// ID 741**

Prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres menores de 51 años y factores relacionados con la misma

Herrero Selma E, Claramonte Gual E, Sorribes Monfort J, Ferrer Royo M, Tramontano A, Batalla Sales M

*CS Rafalafena. Castellón. Comunidad Valenciana*

Correo electrónico: mbatalla@ono.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.741>

**//// ID 810**

Prevalencia del virus papiloma humano por edades en un centro de salud urbano. ¿Concuerda con los criterios de la cartera de servicios?

Muriel Díaz P, Ramírez Castro V, Juanes Amores M, Marco Rodríguez M, Beteta A

*CS Miguel Armijo. Salamanca. Castilla y León*

Correo electrónico: pazmd@ono.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.810>

**Cáncer****//// ID 191**

Neoplasias y cuidados paliativos en dos centros de salud: estudio de 6 años: ¿cómo lo hacemos?

Fraga Fraga A, Díaz Gallego F

*CAP Larrard. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: fdiaz@caplarrard.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.191>

**//// ID 197**

Asociación entre el índice de Karnofsky y el tiempo de supervivencia

Priede Díaz L, Cano Hoz M, Priede Díaz M,

López Blázquez C, Mencía Seco V, Pellico López M

*Hospital de Laredo. Cantabria. Cantabria*

Correo electrónico: maribelpriede@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.197>

**//// ID 341**

Aceptabilidad de la realización de la colonoscopia como prueba diagnóstica en la población con riesgo medio a padecer cáncer colorrectal

Brañuelas Quiroga J, Fernández Fernández M, Rodríguez Barrientos R, Alonso Sacristán P, Aguilera Linde C

*CS Ciudad de los Periodistas. Madrid. Comunidad de Madrid*

Correo electrónico: drjba@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.341>

**//// ID 557**

Conocimiento y manejo de la declaración de voluntades anticipadas por los profesionales de Atención Primaria del Área de Salud de Guadalajara

Mabale Nvoro A, Rodríguez Álvarez J, Sosa Carrasco A, Moran S, Lacasa Vidal N, Torcal Potente A

*CS Balconcillo. Guadalajara. Castilla-La Mancha*

Correo electrónico: jrodriguezal@papps.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.557>

**//// ID 691**

El diferencial semántico de Osgood permite cuantificar la evaluación subjetiva del dolor crónico

Pérez R, De Juan J, Vizcaya M, Del Llano J, Failde I, Torres L

*Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante; Departamento de Biotecnología, Universidad de Alicante; Fundación Gaspar Casal;*

*Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad de Cádiz; Hospital Puerta del Mar. Alicante, Madrid,*

*Cádiz. Comunidad Valenciana, Comunidad de Madrid, Andalucía*

Correo electrónico: rm.perez@ua.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.691>

**Diabetes y síndrome metabólico****//// ID 61**

Grado de control de factores de riesgo para microangiopatía en diabetes mellitus tipo 2

y su asociación a retinopatía diabética en una consulta de Atención Primaria

De la Haza Calvo M, Donaire Jiménez E, Sánchez-Celaya Del Pozo M, Peláez Campos G, Cervantes Guijarro C, Gómez Pérez B

*CS Artilleros. Madrid. Comunidad de Madrid*

Correo electrónico: mariahaza@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.61>

**//// ID 75**

Valor predictivo de la obesidad en el diagnóstico del síndrome metabólico

Kalinsky O, Sánchez Ruano F, Santonja Granados A, Sellés Benavent D, Romeu Sánchez M, Llobell Bertomeu V

*CS de Callosa d'En Sarrià. Alicante. Comunidad Valenciana*

Correo electrónico: fsruano@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.75>

**//// ID 144**

Adherencia a las guías de manejo de la DM tipo 2: estudio DIABECAP

Franch J, Pérez A, Cases A, Matalí A, Gimeno E

*CAP Raval Sud; Hospital de la Santa Creu; Hospital de Sant Pau;*

*Hospital Clínic; Hospital Provincial de Barcelona; Almirall S.A.;*

*Biometría Clínica, S.L. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: eva.gimeno@grupobiometrica.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.144>

**//// ID 145**

Estudio observacional para evaluar el grado de utilización e implementación de las guías en el tratamiento de la diabetes tipo 2 en Atención Primaria (estudio GUIADA)

Álvarez Guisasola F, Ramírez Alcántara D,  
Grupo Investigadores Estudio Guiada

CS La Calzada. Gijón. Asturias

Correo electrónico: david.ramirez@sanofi-aventis.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.145>

**//// ID 146**

Estudio DIABECAP: tratamiento de la hiperglucemia y grado de control según la evolución de la diabetes

Pérez A, Franch J, Cases A, Matalí A, Gimeno E

Hospital de la Santa Creu; Hospital de Sant Pau; CAP Raval Sud;  
Hospital Clínic; Hospital Provincial; Almirall S.A.; Biometria Clínica S.L.  
Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: eva.gimeno@grupobiometrica.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.146>

**//// ID 162**

Inercia clínica asociada al manejo de la diabetes mellitus tipo 2 no controlada en pacientes atendidos en consultas especialistas y de Atención Primaria

González Clemente J, Font B, Lahoz R, Gambús G

Corporació Sanitària Parc Taulí; Novartis Farmacèutica S.A. Barcelona.  
Cataluña

Correo electrónico: emili.gonzalez@trialformsupport.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.162>

**//// ID 231**

Ruta asistencial de diabetes mellitus tipo 2 para la integración de procesos entre Atención Primaria y atención especializada

Laserna Jiménez C, Pérez García S, Sanavia Guerrero M,

Jugo Jiménez B, Areny Murla M, Delgado López C

CAP Can Bou-Casap; CAP El Castell; CAP Gavà I-II; CAP Begues;  
CAP Viladecans II. Castelldefels, Gavà, Viladecans (Barcelona).

Cataluña

Correo electrónico: claserna@casap.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.231>

**//// ID 234**

Mejorando la diabetes mellitus desde el centro de salud

Sierra Quintana E, Bujedo Ortiz C, Román García P,  
Royuela Ruiz P, Barranco Camino M, Ballesteros Sanz C

CS Casa del Barco. Valladolid. Castilla y León

Correo electrónico: pabloroyuela@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.234>

**//// ID 247**

Evaluación de una muestra de pacientes diabéticos tipo 2. Determinación de la presencia de complicaciones crónicas asociadas a la diabetes tipo 2, tras 20 años de evolución

López Torres G, Hernández Carmona A, Osorio Martos C,

Novo Martín J, Rodríguez García A, Ramírez Zafra L

CS Cartuja; ZBS Villacarrillo; CS La Chana; ZBS Alcalá La Real;

DCCU Granada; Hospital Motril. Granada, Jaén. Andalucía

Correo electrónico: ginelop@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.247>

**//// ID 252**

El análogo humano de GLP-1 liraglutida, reduce la presión arterial sistólica en pacientes con diabetes tipo 2: metaanálisis de 6 ensayos clínicos

Ferrer J, Plutzky J, Fonseca V

Hospital General de Valencia; Cardiovascular Division, Brigham And Women's

Hospital, Harvard Medical School, Boston, Ma, Usa; Tulane University, New

Orleans. Valencia, Boston, New Orleans. Comunidad Valenciana, USA

Correo electrónico: tmbm@novonordisk.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.252>

**//// ID 258**

Estudio SANHIPOFLO: hipoglucemias en pacientes con antidiabéticos orales

Cebrián Bellot S, Blánquez Arjona L, Tévar Terol A,  
Valencia Valencia M

CS San Blas; CS La Florida. Alicante. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: quisieras25\_81@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.258>

**//// ID 284**

Relación del síndrome metabólico con la enfermedad cardiovascular

Saumell Boronat J, Cabré Vila J, Costa Pinel B,

Piñol Moreso J, Basora Gallisà J, Ortega Vila Y

CAP Reus 1, 2 y 4. Reus (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: juditsb@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.284>

**//// ID 314**

Estudio de uso de glibenclamida y clorpropamida en un Área Sanitaria. «La aldea de las irreductibles»

Sánchez Mollá M, Ponce Samaniego Y, Antolinos García M,

Miralles Gisbert S, Calvo Pérez M, González Botella A

CAP Elx-Raval, Elx-Centro. Elche (Alicante) Comunidad Valenciana

Correo electrónico: msanchezmolla@coma.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.314>

**//// ID 331**

Evaluación de criterios de la correcta atención en diabetes. De la percepción a la realidad

Blanquer Gregori J, Quintana Cerezal J,

Sastre De la Hoz R, Orozco Beltrán D

CS San Blas. Alicante. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: arandhd@ono.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.331>

**//// ID 343**

Rendimiento del cribado de retinopatía diabética desde Atención Primaria mediante retinógrafo digital de alta resolución

Lorente Aznar T, Quintana Velasco C, Rodríguez Torrente M,

Capablo Cerezuela A, Ramírez Aleson V, Tortosa Caverro J

UD de MFyC, GAP Sector Huesca. Huesca. Aragón

Correo electrónico: tlorenteaznar@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.343>

**//// ID 382**

Los diuréticos no empeoran el control metabólico en individuos diabéticos e hipertensos

Bernades Carulla C, Vilalta García S, Giménez Jordan L,

González Azuara S, Urbano Fernández M, Silvestre Puerto V

Casap Can Bou. Castelldefels (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: sgonzalez@casap.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.382>

**//// ID 412**

El uso de la A1C reduce drásticamente la prevalencia de la diabetes y la concordancia diagnóstica en la población española de alto riesgo  
Barrio Torrell F, Costa Pinel B, Cabré Vila J, Cos Claramunt F, Piñol Moreso J, Castell Abat C, y Grupo de Investigación De-Plan-Cat.

*Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol, ICS, Reus-Barcelona; Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. Reus (Tarragona), Barcelona. Cataluña*  
Correo electrónico: ciscobarrio@gmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.412>

**//// ID 418**

Calidad de vida y ejercicio físico en personas diabéticas

Callejas E, Cifre A, Montis F, March S, Fiol X

*CS Son Serra-La Vileta. Palma de Mallorca (Mallorca). Illes Balears*  
Correo electrónico: uki135@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.418>

**//// ID 539**

Relación entre control glucémico y retinopatía diabética en Atención Primaria

Ortega Díaz M, Coto Muñoz A, Bermúdez Jiménez R, Lozano Cano M, Rovira Rofa R, Pedregal González M

*UGC Los Rosales. Huelva. Andalucía*  
Correo electrónico: maribel\_ortegadiaz@yahoo.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.539>

**//// ID 559**

Diabetes oculta en ancianos. ¿Diagnosticamos correctamente la diabetes?

González López L, Arahuetes Benito F, Arrieta Antón E, García Arahuetes E, Valderrama Valderrama M

*CS de Área de Segovia: Segovia III, Segovia I, Segovia Rural, El Espinar, Nava de la Asunción. Segovia. Castilla y León*  
Correo electrónico: lgonzalvezl@gmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.559>

**//// ID 562**

Evaluación de la efectividad de un programa para la mejora de la adecuación del autoanálisis al tipo de tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Garibyan N, Muñoz Pena A, Soteras Prat A, Moral Peláez I, Ichazo Tobella B

*EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña*  
Correo electrónico: narsim7702@yahoo.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.562>

**//// ID 619**

Resultados en un ABS de un circuito de detección de retinopatía diabética tras un año de implantación de la cámara no midriática

Grivé Isern M, Sarrà Manetas N, Jara Ruiz De Gaona A, Camós Guijosa P, Quer Ramiro J, Gil Sánchez D

*ABS de Bonavista. Tarragona. Cataluña*  
Correo electrónico: arantxajara@terra.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.619>

**//// ID 779**

Limitaciones de la retinografía digital como método de cribado de la retinopatía diabética en Atención Primaria  
Lozano Rodríguez J, Pantoja Pertegal F, Montero Carrera J, Suárez-Varela Ubeda J, Roman Mariscal S, Gil Camargo V

*CS San Pablo. Sevilla. Andalucía*  
Correo electrónico: jm\_lozano27@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.779>

**//// ID 811**

Cuidamos igual a nuestros diabéticos según el sexo  
Monge Sanz Y, Deza Perez C, Ferrer Saiz L, Cay Auría L, Sangrós González J, Martínez Millán J

*CS Torrero La Paz. Zaragoza. Aragón*  
Correo electrónico: sangrosconte@telefonica.net  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.811>

**Digestivo****//// ID 395**

Uso de la colonoscopia en un centro de salud urbano  
Ciurana Tebé M, Pujolriu Martí T, Hernández Ribera M, Garde Garde A, Garcia Font M, Saavedra Vilchez D

*CAP Plaça Catalunya; ABS Manresa 2. Manresa (Barcelona). Cataluña*  
Correo electrónico: montse.ciurana@terra.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.395>

**Dislipemias / Nutrición / Obesidad****//// ID 128**

Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil de Vilassar de Mar, ¿de qué factores depende?

Vallès Navarro R, Muñoz Ortiz L, Crespo Sanz J, Casas Serra M, Bernad Suárez J, Torán Monserrat P

*CAP Mataró-6, ICS. Mataró (Barcelona). Cataluña*  
Correo electrónico: vallesnr@vilassardemar.cat  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.128>

**//// ID 129**

Tabaquismo paterno y sobrepeso infantil, ¿hay relación?

Vallès Navarro R, Muñoz Ortiz L, Crespo Sanz J, Casas Serra M, Bernad Suárez J, Torán Monserrat P

*CAP Mataró-6, ICS. Mataró (Barcelona). Cataluña*  
Correo electrónico: vallesnr@vilassardemar.cat  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.129>

**//// ID 273**

Hábitos alimentarios en poblaciones rural y urbana. ¿Hay diferencias?

Coderch Arís M, Casanovas Font J, Casasa Plana A, Garibyan N, Fuentes García R, Martínez Gil M

*EAP Sardenya; EAP El Remei. Barcelona, Vic (Barcelona). Cataluña*  
Correo electrónico: acasasa@eapsardenya.cat  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.273>

**//// ID 423**

El papel de la obesidad en el riesgo de cáncer de mama

Herrerros Martínez M, Vilalta Escoda R, Noguera Vila I, Olive Vilella R, Grifoll Ruiz F, Miralles Castella M

*ABS Sant Pere i Sant Pau. Tarragona. Cataluña*  
Correo electrónico: oochoa.tarte.ics@gencat.cat  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.423>

**//// ID 436**

Prevención de obesidad infantil. Actividad física en escolares de un municipio

Lozano Gomariz M, Pérez Valero I, Martínez Rocamora M, Gil Pérez T, Martínez Montalbán J, Soler Torroja M

CS Profesor Jesús Marín. Molina de Segura (Murcia). Región de Murcia  
Correo electrónico: doripuntocom@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.436>

**//// ID 577**

Asociación entre obesidad abdominal y síntomas típicos de reflujo gastroesofágico en mujeres

Contreras Reyes P, Martínez Lazcano F, Gómez Gómez C, Ramírez Aranda J, Riquelme Heras H, Gutiérrez Herrera R

Facultad de Medicina y Hospital Universitario de la UANL; CS Nuevo León de la Secretaría de Salud de Monterrey Nuevo León, México.

Correo electrónico: lazcano@doctor.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.577>

**//// ID 589**

Consumo de dulces y bollería en población de edad avanzada y de alto riesgo cardiovascular. Análisis de variables clínicas y de estilos de vida relacionados

Sorlí J, Carrasco P, Ortega-Azorín C, Guillem-Sáiz P, González J, Corella D

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública y Ciber Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición, Facultad de Medicina, Universitat de Valencia; CS de Xirivella. Valencia. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: sorli@uv.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.589>

**//// ID 725**

Las nuevas tecnologías para el control de los pacientes con síndrome metabólico y obesidad, ¿son aplicables en Atención Primaria?

Molero Arcos A, Arbonès Fincias L, Leiva Torres C, Galván Quevedo C, Asenjo Vázquez C, Corio Andújar R

ABS Martí-Julià. Cornellà de Llobregat (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: 40585laf@comb.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.725>

**//// ID 769**

Mejorando la atención a los pacientes dislipémicos

Delgado Martín J, Solla Acuña M, Vilar Pérez M, Piñeiro López A, Troncoso Recio S, Leiro Manso A

CS de Sardoma. Vigo. Galicia

Correo electrónico: mavimartmig@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.769>

**//// ID 799**

El registro del índice de masa corporal en las consultas de Atención Primaria

Bel Ferre M, Martín N, Sugrañes C, Álvarez E, Baeta R, Palma I

ABS Aldea-Camarles-Ampolla; ABS Reus-4, ICS. Reus (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: marianeusbel@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.799>

**Docencia****//// ID 19**

«¿Os gustó el taller?» Opinión de los residentes tras realizar un taller de entrevista clínica

Batalla Sales M, Monedero Mira M, Masoliver Fores A

CS Rafalafena, UD de MFyC de Castellón. Castellón.

Comunidad Valenciana

Correo electrónico: mbatalla@ono.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.19>

**//// ID 38**

Experiencia de actividad en educación para la salud con motivo del día internacional de la diabetes

Barbosa Requena R, Mallol Castaño L, Quispe C, Hernández Muñoz I, Nogales P, Sanz Sanz M

CS Las Águilas. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: cerruti555@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.38>

**//// ID 42**

Opinión de los residentes: cualidades que deben tener ellos y sus tutores

Monzó Núñez E, Saura Llamas J, Martínez Pastor A, Gómez Portela J, Rubio Gil E, Egea Fernández Del Pino S

UD de MFyC de Murcia; CS de Alguazas. Murcia. Región de Murcia

Correo electrónico: babeth\_80@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.42>

**//// ID 152**

Diez años de un programa de posgrado en desarrollo docente en medicina familiar: experiencia de un proyecto educativo especializado en constante evolución

Ojeda Galdón F, Urquiza R, García Vicente S, Monteiro M, Parkerson G, Spann S

CS de Cullera; Dirección Municipal de Salud de la Villa de Merlo -

San Luis - Argentina, Hospital Quirón de Valencia; Universidad

Baptista de las Américas-San Antonio (tx-Eua),

Departamento de Medicina Familiar de Baylor College O. Valencia.

Comunidad Valenciana

Correo electrónico: toltxesco@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.152>

**//// ID 167**

¿Es útil la formación on-line para la divulgación de guías de práctica clínica?

Pepió Vilaubí J, Diogene Fadini E, Rodríguez Cumplido D, Rull Murillo P, Boira Costa M, Dalmau Llorca R

Àmbit Terres de l'Ebre de Catalunya. Tortosa (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: rdalmau.ebre.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.167>

**//// ID 225**

Videograbación del residente en la consulta de Atención Primaria. Herramienta utilizada para el análisis y la mejora de la actividad asistencial

López Torres G, Novo Martín J, Hernández Carmona A, Osorio Martos C, Rodríguez García A, Hernández Pérez de la Blanca M

CS Cartuja; ZBS Alcalá La Real; ZBS Villacarrillo; CS La Chana;

DCCU Granada; CS Almanjajar. Granada, Jaén. Andalucía

Correo electrónico: ginelop@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.225>



**//// ID 351**

Portafolio: ¿qué opinan los residentes de medicina de familia?

Solé Sancho F, Iglesias Martínez M, Teixidó Colet M, Roura Olmeda P, Yuste Marco M, Mengual Martínez L  
*ABS Badia del Vallès. Badia del Vallès (Barcelona). Cataluña*

Correo electrónico: milaiglesias@camfic.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.351>

**//// ID 409**

Formación e investigación en un equipo de Atención Primaria

Gardeñes Morón L, Sans Corrales M, Jodar Solà G, Campamà Tutusaus I, Manuel Prats M, Parellada Esquiús N

*ABS El Castell. Castelldefels (Barcelona). Cataluña*

Correo electrónico: 24526mgm@comb.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.409>

**//// ID 447**

Formación entre residentes de medicina de familia

Marín Jara I, Villena Zálvez M, Latic Talic E, Casaverde Dueñas E, Perales Pardo R, Boix Gras C

*UD de MFyC de Albacete-Hellín. Albacete. Castilla-La Mancha*

Correo electrónico: cboix@sescam.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.447>

**//// ID 448**

Avanzando en la evaluación formativa a través del programa de sesiones de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria

Álvarez Nido R, Figueroa Martín-Buitrago M, Sánchez González R, Jiménez Gallego R

*UD de MFyC del Área 10. Getafe (Madrid). Comunidad de Madrid*

Correo electrónico: ralvarez.gapm10@salud.madrid.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.448>

**//// ID 452**

Proyecto docente para el abordaje del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos

Cebrián Bellot S, Bleda Martínez J, Corell González M, Acín Alcober N, Orozco Beltrán D, Schwarz Chavarri G

*CS San Blas. Alicante. Comunidad Valenciana*

Correo electrónico: schwarz.ger@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.452>

**//// ID 482**

Cómo llegar a ser médico de familia

Altaba Barceló A, Llussà Arboix J, Mezquíriz Ferrero F, Rubiales Carrasco A, Pellisa De Lazzari E, Matamoros Olivares M

*ABS Badalona 4 y 5. Badalona (Barcelona). Cataluña*

Correo electrónico: amaltaba@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.482>

**//// ID 503**

Sesiones de gestión en Atención Primaria: aumentando la cohesión y competencias en el equipo

Álvarez Nido R, Medina Cuenca P, López Marcos C, Ávila Vivar B, Sánchez Niño V, Blanco Morales C

*GAP del Área 10. Getafe (Madrid). Comunidad de Madrid*

Correo electrónico: ralvarez.gapm10@salud.madrid.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.503>

**//// ID 524**

Nueva propuesta docente en crugía menor

Millán Catalán M, Retuerta García D, Valero Marcet M, Pérez-Balsalobre Blanco M, Jarque Navarro C, García Rioja Y

*CS de Brihuega. Guadalajara. Castilla-La Mancha*

Correo electrónico: mmillan@sescam.jccm.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.524>

**//// ID 547**

Pasantía, programa de desarrollo profesional

Pedro Pijoan A, Bauer Izquierdo S, Dapena Ramos V, Murillo Colorado B, Ros Domingo N

*CAP La Pau; CS Turis. Barcelona, Valencia. Cataluña.*

*Comunidad Valenciana*

Correo electrónico: annamariapj@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.547>

**//// ID 553**

Experiencia en Cuba: un enfoque hacia la medicina comunitaria

Juanpere Simó S, Donà M, Gallego Perez S, Gonzalez Casafont I, Martí Sanz N

*CAP Passeig de Sant Joan; CAP Raval Nord; CAP La Marina;*

*CAP La Pau. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: nuriamarti81@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.553>

**//// ID 680**

Formación en investigación durante la residencia

Garrido Barral A, Rodríguez Barrientos R

*UD de MFyC del Área 5. Madrid. Comunidad de Madrid*

Correo electrónico: barrientoslois@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.680>

**//// ID 688**

Formación en lectura crítica en la residencia

«Club de lectura»

Garrido Barral A, Rodríguez Barrientos R

*UD de MFyC del Área 5. Madrid. Comunidad de Madrid*

Correo electrónico: barrientoslois@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.688>

**//// ID 695**

Estrategia para integrar a los residentes en actividades de Atención Primaria orientada a la comunidad

Senan Sanz M, Areny Ribera T, De la Fuente Gelabert S, Mendizabal Condon I, Riel Cabrera R, Haro Iniesta L

*CAP El Clot. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: 33643mss@comb.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.695>

**//// ID 712**

Formación en investigación

Sarmiento Cruz M, Peñascal Pujol E, Porrás Baena J, Pelegrina Fernández E, Delhom Grancha I, Elosúa Llanos R

*CS Calvià-Santa Ponça. Calvià (Mallorca). Illes Balears*

Correo electrónico: msarmiento1979@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.712>

**//// ID 760**

Aprendiendo a ver nuevas realidades

De Miguel Llorente N, Pérez Flores L, Pardo Remesal M, Portoles Polinario A

*CAP La Pau. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: noedemiguel@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.760>

**//// ID 808**

Medicina Familiar y Comunitaria en el Amazonas brasileño

Pérez Domínguez M, Medialdea Dziatzko V, Gil Santiago A

CAP Terrassa Sud; CAP Vallldoreix. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: maruchi65@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.808>

## Enfermedad cardiovascular / Factores de riesgo cardiovascular

**//// ID 28**

Influencia de la red social en la aparición de eventos cardiovasculares en una cohorte de hipertensos

Gamarra Mondelo M, Fernández Domínguez M, Menéndez Villalva C, Montes Martínez A, Fernández Álvarez R, Nieto Seoane M

CS Ribadavia; UD Xerencia Atención Primaria Ourense;

CS Mariñamansa-A Cuña; Departamento de Psiquiatría Radiología e Saúde Pública da USC; CS Allariz; PAC Ourense. Ourense. Galicia

Correo electrónico: trinidad.gamarra.mondelo@sergas.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.28>

**//// ID 43**

Estratificación del riesgo cardiovascular global en pacientes con hipertensión arterial esencial en un centro de salud

Lorenzo Parapar L, Matías González E, Fernández Domínguez M, Menéndez Villalba C

CS Mariñamansa. Ourense (A Coruña). Galicia

Correo electrónico: lucialorenzop@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.43>

**//// ID 89**

Factores de riesgo cardiovascular en el síndrome de Sjögren primario: estudio de casos y controles en 624 pacientes

Díez-Cascón González P, Sisó Almirall A, Ramos-Casals M, Ortiz Molina J, Pereira Rosalen A, Sebastián Montal L

CAP Les Corts; Hospital Clínic de Barcelona; Grupo Transversal de Investigación en Atención Primaria, Idibaps; Grupo de Investigación Emergente en Síndrome de Sjögren de la Generalitat de Catalunya. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: asiso@clinic.ub.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.89>

**//// ID 101**

Incidencia de la enfermedad cerebrovascular asistida en Atención Primaria de un Área de Salud

Muñoz Ureña A, Fontcuberta Martínez J, Manrique Medina R, Pérez Aguilar F, Barragán Pérez A

UD de MFyC Cartagena-San Javier. Cartagena (Murcia). Región de Murcia

Correo electrónico: alfonsom.munos@carm.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.101>

**//// ID 108**

Variabilidad circadiana del infarto agudo de miocardio en Castilla y León

Garmendia Leiza J, Aguilar García M, Andrés De Llano J, Ardura Fernández J

CS Los Jardinillos; Grupo de Investigación en Cronobiología de la Universidad de Valladolid. Palencia, Valladolid. Castilla y León

Correo electrónico: garbi69@garbi6.jazztel.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.108>

**//// ID 134**

Opinión de los médicos de familia sobre las tablas de riesgo cardiovascular y su aplicación en la práctica clínica

Garrido Elustondo S, Pinar Manzanet J, Nogales Aguado P, Sánchez Padilla E

CS Las Águilas. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: nogales111256@terra.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.134>

**//// ID 140**

Concordancia entre las recomendaciones de tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial grado I en el paciente no diabético de la guía NICE y la guía de las sociedades europeas ESH-ESC

Caballero Soler J, Garcés Ballesteros E, Buñuel Granados J, Lou Arnal T, Ibañez Estella J, Lou Arnal S

CS Utebo. Utebo (Zaragoza). Aragón

Correo electrónico: jbuñuelg@medynet.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.140>

**//// ID 158**

Dislipemia y sus componentes: prevalencia en profesionales sanitarios sanitarios y en el resto de la población trabajadora

Romero Mateos I, Palacio Olmos L, Gálvez Godoy M, Catalina Romero C, Gelpi Méndez J, Calvo Bonacho E

Ibermutuamur. Sociedad de Prevención de Ibermutuamur. Madrid.

Comunidad de Madrid

Correo electrónico: marthacabrera@ibermutuamur.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.158>

**//// ID 184**

Factores de riesgo cardiovascular y enfermedad coronaria crónica en mayores de 65 años

David I, De Diego Cabanes M, Romero Santamaría A, Vila Corcoles A, Martín Lorente A, Giménez Rubio M

CAP Torreforta-La Granja. Tarragona. Cataluña

Correo electrónico: idavid.tarte.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.184>

**//// ID 195**

Recomendaciones del CEIPC: ¿sirven de ayuda para la toma de decisiones sobre indicación de tratamiento antihipertensivo en la prevención primaria cardiovascular del paciente no diabético?

Caballero Soler J, Garcés Ballesteros E, Buñuel Granados J, Lou Arnal T, Ibañez Estella J, Lou Arnal S

CS Utebo. Utebo (Zaragoza). Aragón

Correo electrónico: jbuñuelg@medynet.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.195>

**//// ID 206**

Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la primera década del siglo XXI: metaanálisis de 11 estudios prospectivos de base poblacional (estudio DARIOS)

Baena Díez J, Rigo Carratalá F, Lapetra Peralta J, Gavrilá Chervase D, Segura Fragoso A, E

CS La Marina; Fundación Jordi Gol e Instituto Municipal de Investigación Médica; CS San Agustí; CS Universitario San Pablo;

Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública,

Consejería de Sanidad y Consumo. Barcelona, Palma de Mallorca,

Sevilla, Murcia, Talavera de la Reina (Toledo). Cataluña, Islas Baleares,

Andalucía, Región de Murcia, Castilla-La Mancha

Correo electrónico: jbaena@imim.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.206>

**//// ID 216**

Análisis de los factores de riesgo asociados al ictus en un Área de Salud

Fernández Cuenca J, Pérez Soler C, Sánchez Marín A, García Marín P, Guashi Cagliero A, López Santiago A  
*CS de Moratalla. Murcia. Región de Murcia*

Correo electrónico: juana.fernandez3@carm.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.216>

**//// ID 275**

Incidencia y agrupación (*clustering*) de enfermedades cardiovasculares. Estudio prospectivo de cohorte  
González Casafont I, Ledesma Ulloa G, Martí Sans N, Vidal Solsona M, Olivia Byram A, Baena Díez J

*CS La Marina; SAP Esquerra de Barcelona, ICS. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: jbaena@imim.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.275>

**//// ID 287**

Insuficiencia cardíaca. Control y seguimiento en Atención Primaria

Pascual Benito L, García Bayo I, Soler Vila M, Stella A, Mariscal Belvis C, Carames Durán E

*ABS Gavà II. Gavà (Barcelona). Cataluña*

Correo electrónico: igarcia.cp.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.287>

**//// ID 311**

Factores de riesgo cardiovascular: comparación entre población inmigrante y autóctona

Grau Carod M, Juanpere Simó S, González Solanellas M, Bernaus Miquel N, Torres Sánchez A, Romagosa Pérez-Portabella A

*CS Dr. Sayé-Raval Nord. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: graucarod@msn.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.311>

**//// ID 369**

Manejo del paciente de alto riesgo cardiovascular en una Zona Básica de Salud

López Barroso M, Justel Pérez J, Rivera Moreno M, González Cortazar M, Santamaría Jareño S, González Galán L

*CS Aldebaran, Área 1. Madrid. Comunidad de Madrid*

Correo electrónico: jjustel@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.369>

**//// ID 370**

Utilidad del índice tobillo-brazo en población diabética

Blanes Malet R, Castillo Rodríguez A, Toll-Clavero J, Borrell Carrio F

*EAP Gavarra. Cornellà de Llobregat (Barcelona). Cataluña*

Correo electrónico: jtoll.cp.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.370>

**//// ID 417**

Hipertrofia ventricular izquierda no diagnosticada en pacientes hipertensos

González Flores P, Fernández-Aramburu Lumbarries M, Martín Aparicio R, Rubio Villar M, Moreno Rosel M

*CAP Fontetes. Cerdanyola del Vallès (Barcelona). Cataluña*

Correo electrónico: pedro\_agf92@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.417>

**//// ID 432**

Prevalencia de obesidad y su relación con otros factores de riesgo cardiovascular en población atendida en Atención Primaria

Bauer Izquierdo S, Martínez-Hervás S, Sacristán González-Mataix C, Priego Serrano A, Real Collado J, Ascaso Gimilio J

*CS de Turis; CS Salvador Pau; Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico Universitario de Valencia; Departamento de Medicina de la Universidad de Valencia; Ciber de Diabetes y Enfermedades Metabólicas. Valencia. Comunidad Valenciana*

Correo electrónico: sbauerizquierdo@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.432>

**//// ID 440**

Prevalencia de la depresión en pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca

Sierra A, Nitu M, Santolaria J, Delgado C, Gardeñes L, Moliner C

*CAP El Castell. Castelldefels (Barcelona). Cataluña*

Correo electrónico: 41023asm@comb.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.440>

**//// ID 467**

Análisis de la optimización terapéutica en el postinfarto de miocardio

Fuentes Rodríguez S, Gallardo Guerra M, Cuixart Costa L, Barreiro Montañes M, Gili Riu M, Escobar Oliva A

*CAP Santa Rosa; CAP Jaume Soler; CAP Roger de Flor;*

*CAP Rocafonda Palau; CAP La Salut; CAP Creu de Barberà.*

*Santa Coloma de Gramenet, Cornellà de Llobregat, Barcelona, Mataró, Badalona, Sabadell. Cataluña*

Correo electrónico: sonya\_fr@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.467>

**//// ID 477**

Insuficiencia cardíaca clínica y disfunción ventricular ecocardiográfica tras un infarto de miocardio.

Análisis del tratamiento recibido

Fuentes S, Guiriguet C, Moreno F, Redondo P, Del Castillo M, Ferreres C

*CAP Santa Rosa; CAP La Salut; CAP Roger de Flor;*

*CAP Rocafonda Palau; CAP Creu de Barberà; CAP Jaume Soler.*

*Santa Coloma de Gramenet, Badalona, Barcelona, Mataró, Sabadell,*

*Cornellà de Llobregat. Cataluña*

Correo electrónico: sonya\_fr@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.477>

**//// ID 484**

Experiencia de intervención intensiva en deshabituación tabáquica en Atención Primaria

Rozas Martínez M, Díaz Juliano F, Ortiz Gil E, Villanueva Almendros P, Jodar Sola G, Sans Corrales M

*CS El Castell. Castelldefels (Barcelona). Cataluña*

Correo electrónico: mrozass@ambitcp.catsalut.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.484>

**//// ID 512**

Ejercicio físico continuado = mejoría continuada

García Vidal M, Reina Córdoba A, Poblet Calaf C, Hernández Gauchi N, Ortega Vila Y, Greco G

*ABS Reus 4. Reus (Tarragona). Cataluña*

Correo electrónico: mgarcia.tarte.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.512>

**//// ID 513**

Diferencias de género en la prevención primaria cardiovascular de los diabéticos tipo 2  
 Medrano Sánchez M, Miñarro González I, García García R, Montero Carrera J, Pantoja Pertegal F  
*CS Montequinto, Distrito Sevilla Sur; CS Candelaria, Distrito Sanitario Sevilla; CS San Pablo, Distrito Sanitario Sevilla. Sevilla. Andalucía*  
 Correo electrónico: isavoebeli@yahoo.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.513>

**//// ID 516**

Análisis de factores de riesgo cardiovascular entre diabéticos gitanos y no gitanos  
 Vides Batanero M, Ramírez Robles R, Hernández Pérez De la Blanca M, Sánchez Zafra A, Castro Arcas E, Cano González J  
*CS Almanjayar. Granada. Andalucía*  
 Correo electrónico: jcastrog@meditex.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.516>

**//// ID 517**

Adecuación del control de nuestros pacientes hipertensos  
 Aguilar Hernández R, Liberman J, Aparicio Egea M, Hidalgo Escribano M, Muñoz Ureña A, Sánchez De las Matas Garre M  
*CS de Pozo Estrecho; UD de MFyC Cartagena; Hospital Universitario Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia). Región de Murcia*  
 Correo electrónico: rafael.aguilar@carm.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.517>

**//// ID 519**

Relación entre índice de masa corporal y niveles de hemoglobina glicosilada en varones diabéticos  
 Martínez Ríos I, Gómez Casas N, Gallego Castillo E, Díaz Jiménez J, Varea Marineto E, Alcaide Andrades J  
*CS Delicias. Málaga. Andalucía*  
 Correo electrónico: jediajim@telefonica.net  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.519>

**//// ID 525**

Programa paciente experto ICS®: un nuevo concepto grupal de intervención sanitaria en insuficiencia cardíaca en una ciudad  
 González Santamaría M, Silvestre Puerto V, Moliner Molins C, Fernández Delgado M, Campamà Tutusaus I, González Mestre A  
*ABS El Castell, Casap Can Bou. Castelldefels (Barcelona). Cataluña*  
 Correo electrónico: silverpuer@yahoo.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.525>

**//// ID 530**

Relación entre el control de las cifras tensionales y el índice de masa corporal  
 López Verde F, González Almendro E, Caro Vázquez E, Díaz Jiménez J, Nieto González M, Fernández Fernández J  
*CS Delicias. Málaga. Andalucía*  
 Correo electrónico: jediajim@telefonica.net  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.530>

**//// ID 533**

Índice tobillo-brazo: una herramienta útil en la estratificación de los factores de riesgo cardiovascular  
 Cuixart L, Mazo V, González-Moreno M, Vila A, Del Castillo M, Romera L  
*EAP Dreta Eixample. Barcelona. Cataluña*  
 Correo electrónico: llcuixart@hotmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.533>

**//// ID 567**

Factores de riesgo cardiovascular asociados a sobrepeso y obesidad en Atención Primaria. Resultados iniciales: estudio IMOAP  
 Rodríguez Cristobal J, Pérez Santos J, Quillama Torres E, Caubet Goma M, Miranda Arostegui G, Rodríguez Cortes F  
*ABS Florida Sur. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña*  
 Correo electrónico: 21002jrc@comb.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.567>

**//// ID 620**

Índice de masa corporal y control de los factores de riesgo cardiovascular: mucho más importante de lo que creemos  
 Watson Illich S, Orive Lago C, Laguna Fonseca B, Arbe Schinkel G, Hernández Ibáñez R, Baena Díez J  
*CS La Marina. Barcelona. Cataluña*  
 Correo electrónico: jbaena@imim.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.620>

**//// ID 635**

Estudio descriptivo comparativo en pacientes ingresados por un primer evento vascular mayor. Visión desde Atención Primaria  
 López Montes A, Poveda Gómez F, Mas Ruiz L, Almendros Vilchez N, Padial Reyes I, Aragón Guillén L  
*CS Las Lagunas; CS Arroyo de la Miel; Hospital Costa del Sol; UD de MFyC de Málaga. Málaga. Andalucía*  
 Correo electrónico: auroralopez@imaggina.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.635>

**//// ID 650**

Estudio de relación entre tablas de riesgo cardiovascular y patología arterial periférica realizada en dos centros de salud  
 Serrano Borraz V, Porta Borges M, Hübner La Torre J, Valdera Simbron A, Rueda Beas C, Saus Arus M  
*CAP Larrard. Barcelona. Cataluña*  
 Correo electrónico: msaus@caplarrard.net  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.650>

**//// ID 693**

Prevalencia de enfermedad arterial periférica desconocida en pacientes no diabéticos mediante el uso del índice tobillo-brazo  
 Lladó Giner O, Pina Sánchez-Arjona B, Rendón Villa M, Barrio Ruiz C, Espínola Rodríguez A, Tamayo Ojeda C  
*CS Camps Blancs. Sant Boi de Llobregat (Barcelona). Cataluña*  
 Correo electrónico: miltonrendon@hotmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.693>

**//// ID 732**

Nuestros pacientes antiagregados, ¿qué debemos conocer para reducir las complicaciones hemorrágicas?  
Pujol Aymerich F, Gibert Sellares À, Cantero Gomez X, Pujol Aymerich V

CS Igualada Urbà. Igualada (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: fpujola.cc.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.732>

**//// ID 805**

Estatinas en mayores de 75 años  
Luque Santiago A, Herrero García A, Vázquez Mpaltatzidou T, González Villaune R

CS La Plata. Torrejón de Ardoz (Madrid). Comunidad de Madrid

Correo electrónico: aluques@papps.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.805>

## Enfermedad renal

**//// ID 44**

Los factores de riesgo cardiovascular en la enfermedad renal crónica

De la Parra Amorena G, Rey Sariego A, Murcia Sánchez S, Rubio Arribas V, Arriaga Goirizelaia L, Sampedro Martínez E

CS Irún Centro. Irún (Guipúzcoa). País Vasco

Correo electrónico: victorrubio52@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.44>

**//// ID 777**

Enuresis nocturna infantil en nuestro centro de salud  
Piquer Franch I, Torres Miravet R, Lacomba Aladren B, Porcar Centelles M, Soler Bahilo E, Gras Balaguer S

CS Cariñena. Vila-Real (Castellón). Comunidad Valenciana

Correo electrónico: inmapiquerfranch@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.777>

## Enfermedades infecciosas

**//// ID 49**

¿Sobretreatamos las bacteriurias asintomáticas?

Mulero Collantes M, Colás Taugis M, Garzón Garzón T, Rivera Abelló I, Inglada Expósito R, Burón Leandro R

CAP Vilapicina. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: miriammulero@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.49>

**//// ID 57**

Infección chagásica y cardiopatía asociada

Roure Díez S, Peguero Martín C, Valle M, Valerio Sallent L, Muñoz Bravo A, Ballesteros A

Unitat de Salut Internacional Metropolitana Nord, ICS;

ABS Badalona 6, ICS; ABS Santa Coloma de Gramenet 4, ICS;

Hospital Municipal de Badalona. Santa Coloma de Gramenet, Badalona (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: lvalerio.bnm.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.57>

**//// ID 60**

Prueba rápida de VIH y sífilis

Baza Bueno M, Pastor De la Cal M, Alcántara Álvarez E, López García E, Garaizar Velasco N, Moreno Paul A

Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia. Bilbao (Vizcaya). País Vasco

Correo electrónico: mikelbaza@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.60>

**//// ID 271**

Plan de acción frente la pandemia de gripe A  
Monedero Recuero I, Jodar Solà G, Sans Corrales M, Peris Grao A, Mateo Viladomat E, Parellada Esquiú N

ABS El Castell; ABS Can Bou. Castelldefels (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: msans@ambitcp.catsalut.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.271>

**//// ID 310**

Gestión de la atención ante la pandemia de gripe AH1N1 en un centro de salud  
Villar Del Campo M, Rodríguez Caravaca G, Gómez Rodríguez J

CS Los Carmenes. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: grodriguez@fhacorcon.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.310>

**//// ID 316**

Utilidad de un test inmunocromatográfico para el cribado de la enfermedad Chagas en la comunidad en población paraguaya

Ponce Samaniego Y, Gallegos I, Ramos J, Flores-Chávez M, Gutiérrez F

CAP Elx-Raval, Elx-Centro. Elche (Alicante) Comunidad Valenciana

Correo electrónico: yamiponys@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.316>

**//// ID 336**

Faringotest o criterios de Centor: ¿qué es más eficiente en el manejo de las faringoamigdalitis del adulto?

Senan Sanz M, Buela Castell M, Haro Iniesta L, Arias Molin I, Viñas Cabrera L, Martín Urde-Rodrigo S

CS El Clot. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: 33643mss@comb.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.336>

**//// ID 344**

Primera experiencia de red centinela en un Área sanitaria. ¿podrá demostrar su utilidad?

Castrillejo Pérez D, Martín Hurtado A, Reyes Molina P, Jiménez Jiménez I, De Castro Santos E, Gómez Anes A

Consejería de Bienestar Social y Sanidad, Dirección General de Sanidad y Consumo; Epidemiología de la Atención Primaria de Salud de Melilla; Instituto de Gestión Sanitaria, CS Zona Este; CS Zona Oeste.

Melilla. Melilla

Correo electrónico: d.castrillejo@telefonica.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.344>

**//// ID 360**

Faringoamigdalitis estreptocócica

Navarro Elizondo M, Cebamano Marin J,

Navascues Ortega A, Calahorra Gázquez L, Gil-Setas A,

Arostegui Castillo De la Flor C

Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra

Correo electrónico: marien.navarro@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.360>

**//// ID 362**

Protis uretral y endocervical

Navascues Ortega A, Navarro Elizondo M, Cebamano

Marin J, Torroba Álvarez L, Rubio Obanos T, Arostegui

Castillo De la Flor C

Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra

Correo electrónico: marien.navarro@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.362>

**//// ID 380**

Los médicos de Atención Primaria que utilizan de la proteína C reactiva prescriben menos antibióticos en las infecciones del tracto respiratorio inferior  
Llor Vilà C, Cots Yago J, González B, García Velasco G, De Dios Alcántara J, Paredes Saura J

CS La Marina. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: 23465jcy@comb.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.380>

**//// ID 399**

¿Manejamos correctamente las uretritis?  
Bolívar Puigoriol E, Bonvehí Nadeu S, Elorza Ricart J, Pérez Romero L, Ros Baró J, Mourelo Cereijo M

EAP Gòtic. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: elibolivar@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.399>

**//// ID 422**

Neumonía adquirida en la comunidad en la población mayor de 60 años: incidencia y letalidad en el Área de Tarragona, 2009

Vila Córcoles A, Ochoa Gondar O, De Diego Cabanes C, Salsench Serrano E, Hospital Guardiola I, Grupo Epivac

SAP Tarragona-Valls. Tarragona. Cataluña

Correo electrónico: ochooa.tarte.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.422>

**//// ID 425**

Utilidad de las escalas de gravedad para predecir eventos adversos en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad

Ochoa Gondar O, Vila Córcoles A, Ramos Pérez F, De Diego Cabanes C, Salsench Serrano E, Hospital Guardiola I

SAP Tarragona-Valls. Tarragona. Cataluña

Correo electrónico: ochooa.tarte.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.425>

**//// ID 459**

Diagnóstico de la esquistosomiasis en la población subsahariana atendida en un Área Sanitaria

Noje V, Medrano M, Aguiló M, Esteva M, Vicente M, Arranz J

CS Son Pizá; CS Camp Redó; GAP Palma de Mallorca. Illes Balears

Correo electrónico: maaguilo@ibsalut.caib.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.459>

**//// ID 498**

Adecuación del manejo diagnóstico de la infección del tracto urinario bajo en Atención Primaria

Llor Vilà C, López Plana A, Rabanaque Mallén G, Cots Yago J

CS Jaume I; CS Bon Pastor; CS de Segorbe, Ca Navajas; CS La Marina.

Tarragona, Barcelona, Valencia. Cataluña, Comunidad Valenciana

Correo electrónico: analopez1@ono.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.498>

**//// ID 534**

Pandemia de gripe A: realidad o ficción

Belinchón Moyano S, Martínez Villena B, Quirós Navas E, Franco Sánchez-Horneros R, Vidal Martínez M

CS Las Calesas, Área 11. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: doctora\_bea@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.534>

**//// ID 631**

Aceptabilidad de la vacunación de la gripe A entre los profesionales sanitarios

Apiñaniz Fernández De Larrinoa A, López Picado A, Latorre Ramos A, Miranda Serrano E, Parraza Diez N, Cobos Campos R

Osakidetza-Svs. Araba Eskualdea; Comarca Araba/arabako Ikerketa Unitatea; Unidad de Investigación de Álava. Vitoria-Gasteiz.

País Vasco

Correo electrónico: antxon.apinanizfernandezdelarrinoa@osakidetza.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.631>

**//// ID 730**

Estudio de los uropatógenos y sus resistencias antibióticas en un centro de salud urbano

Sierra Matheu C, Carbó Queraltó A, García Muñoz M, Riba Cebrián J

ABS Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: amonigarcí@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.730>

**//// ID 736**

Etiología y resistencias de los uropatógenos causantes de las infecciones del tracto urinario inferior en inmigrantes

Carbó Queraltó A, García Muñoz M, Sierra Matheu C, Riba Cebrián J

ABS Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: amonigarcí@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.736>

**//// ID 818**

El sedimento de orina en el protocolo de atención inicial al inmigrante

Ramírez Gea J, Valls Foix R

CAP Antón de Borja. Rubí (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: jesusrgea@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.818>

**EPOC y enfermedades respiratorias****//// ID 14**

Calidad de vida de los pacientes con EPOC

Velarde Mayol C, De la Hoz García B, Cañizo Fernández-Roldán C

CS Segovia 1. Segovia. Castilla y León

Correo electrónico: cvelardemayol@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.14>

**//// ID 62**

En busca del EPOC

Sánchez Suárez L, Peris Navarro L, Sánchez González J, Jorro Llagaria A, Mascaros Balaguer E, Breyssse S

CS Fuente de San Luis. Valencia. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: lsanchezsua@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.62>

**//// ID 79**

Valoración del pronóstico de los pacientes con EPOC

Cañizo Fernández-Roldán C, Velarde Mayol C, De la Hoz García B

CS Segovia 1. Segovia. Castilla y León

Correo electrónico: cvelardemayol@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.79>

**//// ID 93**

Experiencia formativa en espirometría, técnica útil en Atención Primaria

Subirats Segarra R, Pérez González E, Pelleja Pellicer M, Lara Pedrosa T, Lara Pedrosa A, Mengual Miralles M

ABS Falset. Falset (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: subirats@comt.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.93>

**//// ID 204**

Composición corporal por impedancia bioeléctrica en el síndrome de apnea hipopnea del sueño.

Diferencias con población sana

Mateo Lázaro M, Mínguez Sorio P, Ortiz Domínguez L, Penacho Lázaro M, Berisa Losantos F, Plaza Bayo A

Servicio de Neumología del Hospital O Polanco; UD de MFyC de Teruel;

Servicio de Endocrinología, Nutrición y Dietética del Hospital El Bierzo.

Teruel, Ponferrada (León). Aragón, Castilla y León

Correo electrónico: mpilarminguez@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.204>

**//// ID 215**

Valoración del manejo de inhaladores del personal sanitario en un centro de salud

Lara Ramiro J, González Campos B, Luna Rodríguez C, Fernández Blaya V, Capelini M

CS El Palmar. Murcia. Región de Murcia

Correo electrónico: concla3773@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.215>

**//// ID 375**

¿Están bien controlados los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con síndrome de apneas-hipopneas del sueño de nuestro centro?

Morón Merchante I, Barahona Ruiz E, Aguado Lázaro N, De las Heras Carballo T, Ayuso Olmedo I, Martín Cardenal N

CS Pozuelo Estación. Pozuelo de Alarcón (Madrid). Comunidad de Madrid

Correo electrónico: elena\_barahona@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.375>

**//// ID 388**

¿Manejamos bien al paciente asmático en Atención Primaria?

Vidal Martínez M, Martín Acicoya D, González Álvaro A, Torres Orgaz A, López Silvarrey F, Urcera J

CS Las Calesas. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: didy480@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.388>

**//// ID 442**

Hábito tabáquico y frecuencia de espirometrías en pacientes diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 2003 cinco años después

González Moneo M, Escorihuela Martínez B, Pie Ocins M, Martínez Laguna D, Artigues Guix J, Mayorgas Mayorga M

CAP San Martín. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: 28448mgm@comb.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.442>

**//// ID 526**

Pacientes con EPOC leve, ¿hacemos un control correcto según las guías de práctica clínica?

Berengue A, Rubiales Carrasco A, Altaba Barceló A, Losada Doval G, Montellà Jordana N, Borrel Thió E

EAP Badalona 4. Badalona (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: amaltaba@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.526>

**//// ID 711**

En nuestro ABS las mujeres tienen asma y los hombres EPOC

Mourelle Varela R, Martín Correa E, Borrás Calvo A, Sierra Rodríguez M, Menéndez Puigalli J, Molina Guasch C

ABS Riu Nord-Riu Sud; ABS Guineueta. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: espemartin7@terra.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.711>

**//// ID 768**

Valoración del uso de espirometrías en Atención Primaria, ¿hemos mejorado en su aplicación?

Molés Moliner E, Giner Martos M, Pinyol Martínez M, Mauri Vázquez V, Mas Heredia M

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: eloisamoles@ono.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.768>

**//// ID 783**

Valoración de las espirometrías realizadas en un centro de Atención Primaria

Molés Moliner E, Giner Martos M, Pinyol Martínez M, Pérez García E, Mas Heredia M, Moro Esteban M

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: eloisamoles@ono.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.783>

**//// ID 791**

Variación del resultado de las espirometrías en función de quién las realiza

Molés Moliner E, Giner Martos M, Pinyol Martínez M, Pérez García E, Mas Heredia M, Moro Esteban M

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: eloisamoles@ono.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.791>

**//// ID 801**

Ruta asistencial de la EPOC: mejorar la calidad entre todos

Simonet Aineto P, Palau Benavent M, Villanueva Pérez M, Carrera Izquierdo E, Delgado Diestre C, y Grup Ruta Asistencial Mpoc Bll G

SAP Baix Llobregat Litoral; Hospital Viladecans, Zona Metropolitana Sud. Viladecans (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: pjsimonet@ono.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.801>

## Gestión, atención y calidad asistencial

**//// ID 20**

Inventar en Atención Primaria, toda una aventura

Hernández Chafes F, Sadhwani R, Miracle Fandós M, Ripoll Mairal M, Barrera Aguilera N, Anguera Cugat F

CAP Verdaguera; CAP Sant Rafael. Sant Joan Despí (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: federaju@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.20>

**//// ID 31**

Evaluación gestión demanda aguda  
Garzón Garzón T, Mulero Collantes M, Burón Leandro R,  
Guínart Riba A, Delgado Borrego R, Gimeno Mene N  
CAP Turó. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: javierteresa@terra.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.31>

**//// ID 47**

Grupo de calidad para la implantación de un nuevo  
modelo de consentimiento informado en cirugía  
menor en una Unidad de Gestión Clínica  
Puertas Tamayo A, Bonillo García M, Guerrero García F,  
Sánchez Bastida J, Sánchez Ortiz F, Ávila Pérez M  
UGC Gran Capitán, Distrito Sanitario Granada, Servicio Andaluz  
de Salud. Granada. Andalucía

Correo electrónico: puertas\_alberto@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.47>

**//// ID 83**

¿Cómo repercute la prescripción inducida en la relación  
médico-paciente en nuestra consulta diaria?

Férriz Villanueva G, Rojas Blanc M, Riera Nadal C,  
Barragán González M, Monclús González M,  
Liste Salvador V

ABS Sagrada Familia. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: gemma.ferriz@sanitatintegral.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.83>

**//// ID 90**

Seguridad clínica de los centros de salud  
Ruiz Sánchez M, Ortodó Parra C, Borrell i Carrió F,  
Fernández Danés N, Copetti Fanlo S, Solà Muñoz S  
ABS Centre; ABS La Gavarra. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona),  
Cornellà de Llobregat (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: mirusa77@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.90>

**//// ID 103**

Evaluación del uso de antisépticos y desinfectantes  
por parte del personal sanitario en Atención Primaria  
Villar Del Campo M, Rodríguez Caravaca G, Valdes  
Rodríguez P, Leal Seco M, Camargo Donaire L,  
López Higuera M

CS Los Carmenes. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: grodriguez@shalcorcon.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.103>

**//// ID 138**

El clima emocional en Atención Primaria y su relación  
con los indicadores de resultados y la evaluación del  
desempeño profesional

Danet Danet A, March Cerdá J

Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. Andalucía

Correo electrónico: alina.danet.easp@juntadeandalucia.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.138>

**//// ID 154**

La atención telefónica optimiza la resolución de la  
demanda de visita domiciliaria aguda  
Rojas Blanc M, Férriz Villanueva G, Serrano Coronado M,  
Riera Nadal N, Ledesma Serrano C, Monclús González M  
ABS Sagrada Familia. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: gemma.ferriz@sanitatintegral.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.154>

**//// ID 169**

Intervención con la comunidad china: nuevas  
experiencias organizativas  
Cánovas Zaldúa Y, Ros Martí E, Benito Lumbreras R,  
Rodrigo De Pablo F, El Bouchaibi Daali I, Lu W

CS Passeig de Sant Joan. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: ycanovas.bcn.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.169>

**//// ID 190**

Adaptación de la Atención Primaria ante una pandemia  
Aguilar Navas L, Vera Gutiérrez B, Naranjo Báez M,  
Benítez Cortés J, Bellavia B, Ches Bell E

CS Corralejo. Corralejo (Las Palmas). Islas Canarias

Correo electrónico: laguilar1979@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.190>

**//// ID 200**

PAPPS en jóvenes, unas veces tanto y otras tan poco...  
Ojuel Solsona J, Rodríguez Sardañés C, Parralo Paque R,  
Vílca Canchachi O, Fernández Almendros M,  
Rueda Chiva M

EAP La Salut-Badalona 7. Badalona (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: juliaojuel@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.200>

**//// ID 207**

Relaciones Atención Primaria/especializada: el papel  
de los referentes. Programa dolor en Atención Primaria.  
«Referente en dolor»

Ibor Vidal P, Plá Hervás G, Masiá Alegre A,  
Muñoz Sapiña S, Mínguez Martí A, Villanueva Pérez V

CS Guillem de Castro; Unidad del Dolor del Hospital General  
de Valencia. Valencia. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: v.villanuevaperez@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.207>

**//// ID 210**

Experiencia de implantación de la norma ISO 9001 en  
Atención Primaria

Samitier Lerendegui M, Eguíluz López M,  
Alonso Sánchez M, Escartín Lasierra P,  
Arrillaga Gómez E, Causapé Almenara C

CS San Pablo. Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: paesla@eresmas.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.210>

**//// ID 228**

¿Se puede reducir la demora realizando llamadas  
telefónicas?

Navarro Sierra T, Ribas Rebull J

CAP Ripollet. Ripollet (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: judithrib@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.228>

**//// ID 295**

Prevención secundaria cardiovascular: ¿somos más  
intervencionistas en pacientes jóvenes?

Hernández Soler J, Marcos Serrano J,  
Menárguez Puche J, López Piñera M,  
Nicolás García A, López Ruiz P

CS Docente de Molina de Segura. Murcia. Región de Murcia

Correo electrónico: jfmarcos@telefonica.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.295>



**//// ID 308**

Implantación de la crioterapia en las consultas de Atención Primaria de un Área Sanitaria  
Miraflores Carpio J, Miranda Mendoza C, Ruiz Martín S, Álvarez Nido R, Barrera Linares E, Ávila Vivar B  
ABS Getafe Norte. Getafe (Madrid). Comunidad de Madrid  
Correo electrónico: jmiraflores.gapm10@salud.madrid.org  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.308>

**//// ID 318**

Uso de recursos y costes sanitarios asociados al diagnóstico del paciente con hiperplasia benigna de próstata en Atención Primaria  
Molero García J, Pérez Morales D, Brenes Bermúdez F, Naval Pulido E, Fernández-Pro Ledesma A, Martín Jiménez J  
CS San Andrés. Madrid. Comunidad de Madrid  
Correo electrónico: jmolero@gmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.318>

**//// ID 330**

Utilidad de los sistemas de información para la gestión de casos en diabetes mellitus: a partir de un cupo  
Blanquer Gregori J, Quintana Cerezal J, Sastre De la Hoz R, Castaño Soler L, Orozco Beltrán D  
CS San Blas. Alicante. Comunidad Valenciana  
Correo electrónico: aranhd@ono.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.330>

**//// ID 333**

Evaluación de los cambios en el «lugar de la consulta» para la mejora de la calidad aparente en una consulta de Atención Primaria  
Blanquer Gregori J, Quintana Cerezal J, Sastre De la Hoz R, Orozco Beltrán D  
CS San Blas. Alicante. Comunidad Valenciana  
Correo electrónico: aranhd@ono.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.333>

**//// ID 334**

Experiencia en la elaboración de una guía de recursos comunitarios mediante el e-Paseo comunitario  
Blanquer Gregori J, Sastre De la Hoz R, Quintana Cerezal J, Orozco Beltrán D, Vergel Fernández I, Moreno Valor C  
CS San Blas. Alicante. Comunidad Valenciana  
Correo electrónico: aranhd@ono.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.334>

**//// ID 335**

Experiencia en continuidad de la asistencia Atención Primaria-hospitalaria  
Blanquer Gregori J, Quintana Cerezal J, Sastre De la Hoz R, Orozco Beltrán D  
CS San Blas. Alicante. Comunidad Valenciana  
Correo electrónico: aranhd@ono.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.335>

**//// ID 383**

Diez minutos no son suficientes  
Castro-Acuña Baxauli I, Tamayo Ojeda C, Espínola Rodríguez A, Hernández Alonso A, Val Jiménez A, Retana Puigmartí M  
CS Camps Blancs. Sant Boi de Llobregat (Barcelona). Cataluña  
Correo electrónico: aespinola.cp.ics@gencat.cat  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.383>

**//// ID 390**

Ecografía y Atención Primaria: una buena combinación  
Rios Valles L, Romero Ruiz A, Margalef Pallares F, Martínez Martínez N, Novillo Santos M, March Seguí I  
CAP Cambrils. Cambrils (Tarragona). Cataluña  
Correo electrónico: lrios@grupsgassa.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.390>

**//// ID 449**

Correo electrónico para las consultas de los pacientes. Opinión de los profesionales  
Casasa Plana A, Coderch Arís M, Ibrahim K, Aumala A, Rayó Martín E, Muñoz Pena A  
EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña  
Correo electrónico: acasasa@eapsardenya.cat  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.449>

**//// ID 470**

Relación médico-paciente: ¿se ha impuesto el modelo no paternalista?  
Rubio Gil E, Girona Ballesteros J, Rubio Gil E, Pereñíguez Barraco J, Luna Maldonado A, Pérez Cárceles M  
HGU Reina Sofía. Murcia. Región de Murcia  
Correo electrónico: henryrub@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.470>

**//// ID 478**

Análisis y características de la demanda que acude sin cita previa a la visita en un centro de salud  
Ruiz Vila M, Fuertes Fortea A, Espinosa Urbina R, Palop Larrea V, Ribera Osca J, Prosper Sierra M  
CS Alginet. Alginet (Valencia). Comunidad Valenciana  
Correo electrónico: afuertes@hospital-ribera.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.478>

**//// ID 490**

Utilización de herramientas web 2.0: experiencia de una Gerencia de Atención Primaria  
Barrera Linares E, Álvarez Nido R, Cruz Martos M, Solórzano Martín A, López Marcos C, Ávila Vivar B  
GAP del Área 10. Getafe (Madrid). Comunidad de Madrid  
Correo electrónico: ernestobarreral@gmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.490>

**//// ID 493**

Burocracia asociada a IT en la consulta de Atención Primaria  
Puigdel·lívól Sánchez A, Quintana Gómez J, De Pablo González R, Rosado López A, Blanquer Gregori J  
CS Antón de Borja; CS El Greco; CS Arrabal; CS San Andrés; CS San Blas. Rubí (Barcelona), Getafe (Madrid), Zaragoza, Madrid, Alicante. Cataluña, Comunidad de Madrid, Aragón, Comunidad Valenciana  
Correo electrónico: apuigdel·livo@camfic.org  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.493>

**//// ID 499**

Herramientas de gestión en una web de un Área Sanitaria de Atención Primaria  
López Marcos C, Zuzuárregui Gironés M, Rubio Toledano L, Barrera Linares E, Sánchez Niño V, Ruiz Martín S  
GAP del Área 10. Getafe (Madrid). Comunidad de Madrid  
Correo electrónico: clopez.gapm10@salud.madrid.org  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.499>

**//// ID 541**

Bajas de corta duración: poco tiempo y mucho papeleo

Olivera Cañadas G, León Vázquez F, Muñoz Perdiguerro J

CS Isla de Oza, Área 6. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: golivera.gapm06@salud.madrid.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.541>

**//// ID 580**

Implementación del protocolo de mama consensuado entre Atención Primaria y atención especializada en un Área Sanitaria dentro del marco del plan autonómico del control del cáncer

Medina Cuenca P, Barrera Linares E, Fernández Lobato R, Villanueva Guerra A, Rubio Toledano L, Rodríguez Ortega M

GAP del Área 10. Getafe (Madrid). Comunidad de Madrid

Correo electrónico: pmedina.gapm10@salud.madrid.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.580>

**//// ID 581**

Nuevos modelos asistenciales. Abordaje por enfermería de la demanda urgente y espontánea de problemas de salud frecuentes en Atención Primaria

Sánchez Niño V, Ruiz Martín S, Blanco Morales C, y Grupo de gestión de la demanda aguda y urgente

GAP del Área 10. Getafe (Madrid). Comunidad de Madrid

Correo electrónico: snvero@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.581>

**//// ID 585**

Evaluación del acceso a la solicitud de la densitometría desde Atención Primaria

Fernández Fernández M, Romasanta Paramo S, Fernández Domínguez M, González Iglesias M, Álvarez Prieto J, Alonso Docampo M

PAC de Ourense; UD de MFyC de Ourense; CS Melon; Complejo Hospitalario de Ourense; GAP de Ourense. Ourense (A Coruña). Galicia

Correo electrónico: mariajose.fernandez.dominguez@sergas.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.585>

**//// ID 591**

¿Quién y cómo se cubrirá mi consulta durante mi permiso de maternidad?

Aviñó Llopis T, Ferré Ferraté M, Boira Costa M, Escoda Fuentes P, Sangrá Rodes T, Sabaté Arqué R

ABS Flix, Àmbit Terres de l'Ebre. Flix (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: tereavi@wanadoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.591>

**//// ID 592**

Resultados del programa de acreditación de unidades de gestión clínica en el ámbito de Atención Primaria

Carrasco Peralta J, Castellano Zurera M, Núñez García D, Cruz Salgado O, De Burgos Pol R

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Sevilla. Andalucía

Correo electrónico: josea.carrasco.peralta@juntadeandalucia.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.592>

**//// ID 615**

Incorporación de enfermería en un grupo de autogestión de profesionales en Atención Primaria

De Andrés Beuter B, González Martínez S, Anguita Guímet A, Blat Guimera E, González De Paz L, Pérez Martínez E

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: deandres@clinic.ub.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.615>

**//// ID 621**

Experiencia de utilización de consulta telefónica en Atención Primaria

Rodríguez García L, Mora Navarro G, Ferrándiz Santos J, García Álvarez G, Alonso Salazar M, Muñoz González J

GAP del Área 11. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: lcrodriiguez.gapm11@salud.madrid.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.621>

**//// ID 626**

Crioterapia, una herramienta útil y resolutiva en Atención Primaria

Gaya Tur R, Frigola Marcet J, Cabré Vila J, Hernández Anguera J, Ripoll Pons M, Supersaxco Macià L

ABS Reus 1. Reus (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: rutgayatur@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.626>

**//// ID 627**

Satisfacción con la implantación de la normativa ISO 9001: 2008 en un centro de salud rural

Pastor Cebollero M, Hijos Larraz L, Martínez Sánchez R, Ibarz Puyuelo A, Escriche Ros R, Lore Casanova S

CS Grañén; UD de MFyC de Huesca. Grañén (Huesca). Aragón

Correo electrónico: mjpastorcebollero@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.627>

**//// ID 628**

Motivos y patrones de no asistencia a consultas de Atención Primaria

Sorribes Monfort J, Batalla Sales M, Monedero Mira M, Herrero Selma E

CS Rafalafena. Castellón. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: mbatalla@ono.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.628>

**//// ID 629**

Hiperfrecuentadores II: estudio comparativo entre géneros

Palacios Colom A, López Díaz M, Benítez Nieblas A, Lorca Serralta J, Borrachero Guijarro J, Ariza Copado C

EAP Isaac Peral, Área II. Cartagena (Murcia). Región de Murcia

Correo electrónico: lorcadoc@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.629>

**//// ID 630**

Aplicación de una protocolo de voluntades anticipadas en Atención Primaria de Salud

Serrat Asensio L, Camp Sarioi C, González De Paz L, López Poyato M, González Martínez S, De Andrés Beuter B

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: serrat@clinic.ub.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.630>

**//// ID 648**

Incremento de la oferta y actividad asistencial de enfermería en un Área de Atención Primaria de Madrid (2005-2009)

Ruiz Martín S, Sánchez Niño V, Blanco Morales C, Ávila Vivar B, Bermejo Caja C, Zuzuárregui Gironés S

*GAP del Área 10. Getafe (Madrid). Comunidad de Madrid*

Correo electrónico: sruiiz.gapm10@salud.madrid.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.648>

**//// ID 663**

Derivaciones preferentes

García Álvarez G, Mora Navarro G, Rodríguez García L, Alonso Salazara M, Vallejo Sánchez-Monje P, Gómez De Cádiz Villareal A

*GAP del Área 11. Madrid. Comunidad de Madrid*

Correo electrónico: ggarcia.gapm11@salud.madrid.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.663>

**//// ID 724**

Estudio ADAPTA: adecuación de la prescripción crónica de inhibidores de la bomba de protones en Atención Primaria

Montero Carrera J, Pantoja Pertegal F, Román Mariscal S, Lozano Rodríguez J, Gil Camargo V

*UGC del CS San Pablo, Distrito Sanitario de Sevilla. Sevilla. Andalucía*

Correo electrónico: gjypsa@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.724>

**//// ID 757**

Atención Primaria y cuidados paliativos: calidad de atención a los pacientes incluidos en el proceso de cuidados paliativos

El Azhari A, El Hamindi Martín D

*CS Huétor-Tajar. Granada. Andalucía*

Correo electrónico: asmaaelazhari@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.757>

**//// ID 765**

Experiencia de la implantación del proyecto autonomía de la gestión

Ferré Ferraté M, Aviñó Llopis T, Boira Costa M, Fernández Serrano J, Delgado Azuara C, Escoda Fuentes P

*ABS Flix, Àmbit Terres de l'Ebre. Flix (Tarragona). Cataluña*

Correo electrónico: tereavi@wanadoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.765>

**//// ID 771**

¿Repercute en la satisfacción personal el cambio de horarios para conciliar la vida familiar y el trabajo?

Forcada Arcarons A, Bellvehi Saenz M, Vilamú Talavera M, Costa Atienza E, Sánchez Belmonte S, Soler Arau F

*ABS Manlleu. Manlleu (Barcelona). Cataluña*

Correo electrónico: aforcada.cc.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.771>

**//// ID 815**

Opiniones de los profesionales ante la implantación de una guía terapéutica en la historia clínica electrónica

Jimenez Guillén F, Hukelova H, Serrano Navarro A, Delsors Mérida-Nicolich E, García Córdoba J, López Santiago A

*Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Murcia. Región de Murcia*

Correo electrónico: alopez@semfyc.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.815>

## Hipertensión arterial

**//// ID 151**

La monitorización ambulatoria, ¿ayuda en la toma de decisiones terapéuticas?

Castiñeira Pérez M, Costa Ribas C, Pardo Teijeiro B, Méndez Fernández Z, García Rivas D, Vázquez Seijas E

*EAP Fingoi. Lugo. Galicia*

Correo electrónico: carmencastineiraperez@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.151>

**//// ID 157**

Cambio en el perfil lipídico en cuatro cohortes de hipertensos y su relación con el control de la presión arterial. Estudio TAPAS

Mantilla T, Galgo A, Suárez C, Leal M, Estrada P, Ruiz De la Concha A

*CS Prosperidad; CS Espronceda; Hospital Universitario de la Princesa; CS Arroyo de la Miel; CS Olivenza. Madrid; Benalmádena (Málaga); Badajoz. Comunidad de Madrid, Andalucía, Extremadura*

*Andalucía, Extremadura*

Correo electrónico: tmantilla5@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.157>

**//// ID 202**

La monitorización ambulatoria de la presión arterial como herramienta de apoyo en las decisiones terapéuticas

Ortega Bravo M, Bordalba Layo M, García Solanes E, Pellitero Santos A, Barco López M, Vilà Jové N

*ABS Capped. Lleida. Cataluña*

Correo electrónico: mortegabravo@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.202>

**//// ID 267**

Valoración del grado de conocimiento y utilización de AMPA y MAPA por enfermería

Ruán Filgueira N, Blanco Sío S, Costas Mora R, García Méndez L

*CS de Matama. Vigo. Galicia*

Correo electrónico: roci\_cm82@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.267>

**//// ID 431**

Enseñar la automedida de la presión arterial.

¿Son todos los pacientes iguales?

Galán Bernardino J, Quintana Ortiz J, Sanchís Doménech C, Soler Torró J, Albert i Ros X, Goñi Vercher E

*CS de Alberic. Valencia. Comunidad Valenciana*

Correo electrónico: josegalan@comv.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.431>

**//// ID 574**

Medición de la presión arterial: sin prisa pero sin pausa

Cecilia Salgueiro M, Vera Vallés M, García Alfaro M, Vinyoles Bargalló E, Fernández San Martín M

*CAP La Mina; UD de MFyC de Barcelona. Sant Adrià del Besos (Barcelona). Cataluña*

Correo electrónico: marceiro@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.574>

**//// ID 667**

Seguimiento y control de HTA desde Atención Primaria  
Aguilar Hernández R, Peña-Doncel Moriano J,  
Hidalgo Escribano M, De Casas Hernández X,  
Flores Alvarez A, Muñoz Ureña A

CS de Pozo Estrecho; CS de San Antón; UD de MFyC de Cartagena.  
Cartagena (Murcia). Región de Murcia

Correo electrónico: rafael.aguilar@carm.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.667>

**//// ID 739**

El uso del AMPA disminuye el cambio terapéutico  
en hipertensión arterial

Toribio Onieva J, Vallejo Fernández J, López Plaza A,  
González Rodríguez S, Lucas Pascual P

CS San José (Linares C), Distrito Jaén Norte; UD de MFyC de Jaén.  
Jaén. Andalucía

Correo electrónico: juanrato@telefonica.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.739>

**//// ID 758**

El incumplimiento terapéutico en el tratamiento  
de la hipertensión arterial

Ras Vidal E, Isach Subirana A, Luque Marti P,  
Español Pons M, Tapia Barranco E, Boj Casajuana J

CAP Sant Pere; ABS Reus 2. Reus (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: temescar@teleline.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.758>

**//// ID 774**

Hipertensión y riesgo cardiovascular en Atención  
Primaria

González Martínez E, López Cintas R, Toro Nieto P,  
Serrano León M, García Tirado C, Valenzuela López I

CS Salvador Caballero. Granada. Andalucía

Correo electrónico: mariateserrano@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.774>

## Medicamentos / Medicina alternativa

**//// ID 41**

Intervención no farmacológica grupal en pacientes  
fibromiálgicos: ¿factible y beneficiosa?

Badenes Mezquita M, Moya Moreno M, Rodríguez Pena M,  
Esteve Casas M, Marcos Dalmau E, Homs Bofarull À

CAP Valls Urbà. Valls (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: mariabad@camfic.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.41>

**//// ID 280**

Uso de plantas medicinales en una zona rural  
Barahona Fernández P, Almaraz García M

CS Puebla de Sanabria. Puebla de Sanabria (Zamora). Castilla y León

Correo electrónico: mapjachi@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.280>

**//// ID 292**

Interacciones farmacológicas detectadas en las recetas  
de Atención Primaria. ¿Sabemos lo que firmamos?

Bartolomé Resano R, Bartolomé Resano F,  
Bartolomé Resano M

CS Rochapea-Pamplona; SUR Ezcároz-Salazar; CS Zizur.  
Pamplona. Navarra

Correo electrónico: rbartolomer@telefonica.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.292>

**//// ID 511**

Autocuidado y automedicación en pacientes que  
acuden a un Servicio de Urgencias de un centro  
de salud integrado en Atención Primaria  
Palop Larrea V, Murcia Soler M, Pons Llanas O,  
Matamoros Hernández J, Gilavert Mengod E,  
Martínez-Mir I

Departamento de Salud de la Ribera. Alzira (Valencia).

Comunidad Valenciana

Correo electrónico: vpalop@hospital-ribera.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.511>

**//// ID 531**

Benzodiazepinas y fractura de cadera en ancianos  
Giner Esparza M, Pedro Salazar A, Pedro Salazar I,  
Folch Marin B, Palop Larrea V, Murcia Soler M

CS de Algemesí; Hospital de La Ribera. Alzira (Valencia).

Comunidad Valenciana

Correo electrónico: mginer@ribera10.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.531>

**//// ID 535**

Evolución del consumo de benzodiazepinas y fracturas  
de cadera en ancianos

Giner Esparza M, Pedro Salazar A, Pedro Salazar I,  
Folch Marin B, Murcia Soler M, Palop Larrea V

CS de Algemesí; Hospital de La Ribera. Alzira (Valencia).

Comunidad Valenciana

Correo electrónico: mginer@ribera10.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.535>

**//// ID 555**

Asociación entre neumonía y consumo de fármacos  
supresores de la acidez gástrica

Chacón García A, García Rodríguez L,  
Ruigómez Sánchez A

HGU Gregorio Marañón. Madrid. Comunidad  
de Madrid

Correo electrónico: anachacongar@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.555>

**//// ID 560**

Opiáceos mayores: ¿a quién los prescribimos?

Adrian Arrieta L, Aizpún Sara M, Ordóñez Navarro M

CS Iturrama. Pamplona. Navarra

Correo electrónico: maizsar@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.560>

**//// ID 563**

Opiáceos mayores: ¿qué prescribimos?

Aizpún Sara M, Adrián Arrieta L, Ordóñez Navarro M

CS Iturrama. Pamplona. Navarra

Correo electrónico: maizsar@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.563>

**//// ID 618**

Criterios de calidad y control en el tratamiento  
de acenocumarol en un centro de salud

Fernández De Lezeta Caravaca I, Domenjó Solsona M,  
Martínez Arroyo E, López-Picado A

CS San Martín; Unidad de Investigación de Álava. Vitoria-Gasteiz.  
País Vasco

Correo electrónico: marinadomenjosolsona@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.618>

**//// ID 637**

Muchas pastillas para un mismo fármaco  
Pastor Cebollero M, Puy Cabrero A, Martínez Sánchez R, Ibarz Puyuelo A, García Colinas A, Lorente Aznar T  
*CS Grañén; UD de MFyC de Huesca. Grañén (Huesca). Aragón*  
Correo electrónico: [mjpastorcebollero@yahoo.es](mailto:mjpastorcebollero@yahoo.es)  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.637>

**//// ID 696**

Prescripción inducida en dos centros de salud  
Hübner La Torre J, Valdera Simbron A, Rueda Beas C, Santiveri Villuendas A, Porta Borges M, Guarné Vidal E  
*CAP Larrard. Barcelona. Cataluña*  
Correo electrónico: [cmaragall@caplarrard.net](mailto:cmaragall@caplarrard.net)  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.696>

**//// ID 698**

Prescripción inducida: ¡Qué caro nos sale en la Atención Primaria!  
Hübner La Torre J, Rueda Beas C, Valdera Simbron A, Saus i Arús M, Díaz Gallego F, Rivas Zuazo S  
*CAP Larrard. Barcelona. Cataluña*  
Correo electrónico: [cmaragall@caplarrard.net](mailto:cmaragall@caplarrard.net)  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.698>

**//// ID 705**

Fármacos de valor añadido limitado: ¿quién los receta?  
Valdera Simbron A, Rueda Beas C, Hübner La Torre J, Maragall De Gispert C, Álvarez Carrera M, Llevet Planas M  
*CAP Larrard. Barcelona. Cataluña*  
Correo electrónico: [cmaragall@caplarrard.net](mailto:cmaragall@caplarrard.net)  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.705>

## Medicina y medios de comunicación

**//// ID 584**

La agenda de problemas del paciente: por qué van a consulta y qué quieren saber sobre sus enfermedades o dolencias  
Constantino L, Miranda P, Rosendo I, Santos T, Matias C, Martins D  
*CS Eiras. Coimbra. Portugal*  
Correo electrónico: [lili\\_rute@yahoo.com.br](mailto:lili_rute@yahoo.com.br)  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.584>

## Neurología / Cerebrovascular

**//// ID 50**

Resultados de la prevención cardiovascular secundaria en personas que ya han sufrido un ictus  
Clua Espuny J, Panisello Tafalla A, Lucas Noll J, Piñol Moreso J, Rocha Ramírez L, Ibáñez Ibáñez E  
*EAP Tortosa 1-Est; UD de MFyC de Tortosa. Tortosa (Tarragona). Cataluña*  
Correo electrónico: [jlclua@telefonica.net](mailto:jlclua@telefonica.net)  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.50>

**//// ID 53**

Probabilidad de recurrencia de ictus u otro episodio vascular en pacientes de alto riesgo según la escala Essen (ERE) que ya han sufrido un episodio de ictus isquémico  
Clua Espuny J, Panisello Tafalla A, Lucas Noll J, Piñol Moreso J, Ripolles Vicente R, Queralt Tomas M  
*EAP Tortosa 1-Est; UD de MFyC de Tortosa. Tortosa (Tarragona). Cataluña*  
Correo electrónico: [jlclua@telefonica.net](mailto:jlclua@telefonica.net)  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.53>

**//// ID 786**

Uso deficiente del tratamiento antitrombótico en la prevención primaria y secundaria del ictus  
Jarca C, Delgado Martínez P, Giralt Casellas D, Quintana M, Flores Flores A, Montaner Villalonga J  
*CAP Bon Pastor; Laboratorio de Investigación Neurovascular y Unidad de Ictus; Servicio de Neurología del Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. Cataluña*  
Correo electrónico: [carmenyoana@hotmail.com](mailto:carmenyoana@hotmail.com)  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.786>

## Osteoporosis / Aparato locomotor

**//// ID 71**

Infiltraciones articulares: grado de mejora y reducción del consumo analgésico en el dolor articular  
Pérez Morales D, Loriz Peralta O, Raya Rejón A, López López I, Martínez Martínez N, Parès Ubach Q  
*CAP Llefià. Badalona (Barcelona). Cataluña*  
Correo electrónico: [dperez@m@papps.org](mailto:dperez@m@papps.org)  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.71>

**//// ID 77**

Aplicabilidad de la herramienta FRAX (R) en pacientes con osteoporosis  
Hernández Moreno F, Yakovyshyn L, Magallán Muñoz A, Estébanez Seco S, Tena Rubio J, Villarín Castro A  
*UD de MFyC de Toledo. Toledo. Castilla-La Mancha*  
Correo electrónico: [avillari@sescam.jccm.es](mailto:avillari@sescam.jccm.es)  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.77>

**//// ID 110**

Cuándo, cuánto, cómo y dónde se rompe la cadera  
Garmendia Leiza J, Aguilar García M, Andrés De Llano J, Ardura Aragón F, Ardura Fernández J, Sendino García M  
*CS Los Jardínillos; Grupo de Investigación en Cronobiología de la Universidad de Valladolid. Palencia, Valladolid. Castilla y León*  
Correo electrónico: [garbi69@garbi6.jazztel.es](mailto:garbi69@garbi6.jazztel.es)  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.110>

**//// ID 240**

¿Se hace un correcto manejo de la lumbalgia mecánica en Atención Primaria?  
Areños Martínez M, Carrillo Ruiz N, Pérez López S, González Diez S, Lazaro Ayete M, Asin Berges M  
*CS Rincón de Soto-Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja*  
Correo electrónico: [larenos@riojasalud.es](mailto:larenos@riojasalud.es)  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.240>

**//// ID 377**

¿Los registros habituales de las historias clínicas informatizadas pueden ser útiles para estudios epidemiológicos sobre fracturas osteoporóticas?  
Azagra Ledesma R, Aguyé Batista A, Roca Figueras G, Vilaseca Ribas A, Güell Parnau S, López Expósito F  
*CAP Badia del Vallès; CAP Granollers-Centre; CAP Terrassa Nord; CAP Mollet del Vallès; CAP Montcada i Reixach; CAP Bon Pastor; USR Metropolitana Nord. Barcelona. Cataluña*  
Correo electrónico: [razagra@telefonica.net](mailto:razagra@telefonica.net)  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.377>

**//// ID 391**

Valorar si existen otros factores de riesgo no incluidos en la escala FRAX que pueden mejorar el diagnóstico de osteoporosis

Teixido Colet M, Iglesias Martínez M, Bonet Simó J, Solé Sancho F, Yuste Marco M, Gener Viñas A

ABS Badia del Vallès. Badia del Vallès (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: milaiglesias@camfic.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.391>

**//// ID 458**

Factores de riesgo y hábitos en mujeres mayores de 55 años, y su relación con diagnóstico y tratamiento de osteoporosis

Lerena Rivas M, Litago Gil M, Alen Cubillas M, Villalón Hernández L, Pérez Martínez De Morentin E, Indurain Sádaba J

CS de Estella. Navarra

Correo electrónico: mlerenar@cfnavarra.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.458>

**//// ID 660**

Hiperfrecuentación en fibromialgia

Martínez Barreira A, Soriano Villanueva D, Torres Villar O, Peñarrubia María M, Fernández Vergel R, Luciano Devis J

ABS Bartolomeu Fabres Anglada, Gavà 2. Gavà (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: dafnelucia@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.660>

**//// ID 668**

Infiltraciones en Atención Primaria

Riel Cabrera R, García Alfaro F, Filomena Paci J, Mendizábal Condón I, Haro Iniesta L, Senan Sanz M

EAP El Clot; EAP Raval Nord, ICS. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: josefinafilomenapaci@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.668>

**//// ID 704**

Asistencia especializada de reumatología en Atención Primaria. ¿Cómo la utilizamos?

Pou Giménez M, González Saavedra M, Isern Alibés R, Campillo Ibáñez M, Laiz Alonso A, Ciria Recasens M

CAP Maragall; Hospital de Sant Pau; Hospital del Mar. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: 27467mgs@comb.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.704>

## Otros / Miscelánea

**//// ID 5**

El nuevo programa de la especialidad, ¿tú qué opinas?

Fernández Rodríguez P, Maestro Resta A, Iglesias E, Nasep De Muñiz S, Ordoñez Del Val J, Castaño González O

CS Contrueces; CS El Coto; CS Natahoyo. Gijón. Asturias

Correo electrónico: aidamaestro@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.5>

**//// ID 15**

Atención Primaria, una base que no siempre existe.

Experiencia de cooperación sanitaria en Nueva Santa Rosa (Guatemala)

Requejo Brita-Paja P, Garzo Jui L, Ché Hidalgo E, Tamames Álvarez R, Lores Ozcoz A

CS de Condado de Treviño. Burgos. Castilla y León

Correo electrónico: pedro.requejo@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.15>

**//// ID 35**

Las nuevas tecnologías en la cita previa de Atención Primaria

Almendro Candel M, Alemañ Rubio M, González Santos J, Cruz Villegas I

CS El Toscar. Elche (Alicante). Comunidad Valenciana

Correo electrónico: almendro\_mar@gva.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.35>

**//// ID 85**

Hipotiroidismo: diagnóstico, seguimiento y propuesta de manejo en Atención Primaria

Navarro Martínez A, Brotóns Román J, Lázaro Gómez M, Navarro García M, López Alba J, Marín Rives L

CS Murcia-Infante. Murcia. Región de Murcia

Correo electrónico: angaleno@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.85>

**//// ID 168**

El frío en Atención Primaria..., ¿resuelve?

Arques Pérez M, Barriga Ubed B, Collado Sánchez F, Condomines Feliu I, Gallego Álvarez L, Rodríguez Riera C

CAP Guineueta; SAP Muntanya. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: lgallego.bcn.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.168>

**//// ID 205**

Proyecto BARCEAS: análisis de prevalencia de las enfermedades autoinmunes sistémicas y reumáticas en Atención Primaria

Sisó Almirall A, Díez-Cascón González P, Pereira Rosalen A, Sánchez Fontcuberta E, Ramos-Casals M, Sebastián Montal L

CAP Les Corts; Universidad de Barcelona; Hospital Clínic de Barcelona;

Grupo Transversal de Investigación en Atención Primaria, Idibaps.

Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: asiso@clinic.ub.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.205>

**//// ID 219**

Prevención de infecciones de transmisión sexual: proyecto RADARES

Vergara Alert M, Sequeira Aymar E

Capse Casanova. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: montvergara@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.219>

**//// ID 223**

Prevalencia de fibromialgia en un colectivo médico

Abelló Bottomley D, Monaco M, Vladasel E, Ruíz Batalla M, Pinilla Macarro M, Carulla Arestè M

CAP Arboç; ABS Baix Penedès Interior. L'Arboç (Barcelona).

Cataluña

Correo electrónico: dabello@xarxatecla.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.223>

**//// ID 230**

Cómo nos lavamos las manos los profesionales sanitarios

Caballero García J, Gómez Gómez E, Morales Marmol M, Abril Jaramillo J, Morón Contreras A, Pedregal González M

UD de MFyC de Huelva. Huelva. Andalucía

Correo electrónico: caballerojgarcia@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.230>

**//// ID 250**

Atención Primaria en el Sáhara, una experiencia inolvidable

Yuguero Torres O, Lavega Llorens M, Sarriegui Domínguez S, Gascó Eguiluz E, Espejo Surós M, Abadías Medrano M

*ABS Primer de Maig; ABS Eixample. Lleida. Cataluña*

Correo electrónico: oyuguero@jhsph.edu

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.250>

**//// ID 313**

Hiperfrecuentadores: una solución quiero

Fernández Martínez S, Nágera Bellón F, Moreno Fernández J, Conde Bejerano C, Sanz Pozo B, Lorenzo Borda M

*CS de Las Américas. Parla (Madrid). Comunidad de Madrid*

Correo electrónico: fgmontaraz@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.313>

**//// ID 332**

Asesoramiento genético preconcepcional: propuesta

de protocolo para la Atención Primaria española  
Sorlí J, Valderrama F, Mingarro M, Martín V, Ejarque I, y GdT Semfyc Genética Clínica y Enfermedades Raras

*CS Xirivella; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Valencia; CS Nápoles y Sicilia; CS Palma del Condado; Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Universitario La Fe. Valencia, Huelva. Comunidad Valenciana, Andalucía*

Correo electrónico: sorli@uv.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.332>

**//// ID 385**

Conocimiento de la figura del MIR por parte de

nuestros usuarios y su valoración en nuestras consultas  
Roca Navarro M, Gallego García M, Raga Marí R, Hermosa García A, Campillos Gómez R, Molina Carrasco M

*CS República Argentina. Valencia. Comunidad Valenciana*

Correo electrónico: mpilar\_roca@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.385>

**//// ID 421**

Tutores motivados. Una necesidad estratégica

Costa Zamora P, Kloppe Villegas P, Cortés Rubio J, Martín Acicoya D, Canals Aracil M, Herreros Hernanz I

*CS Las Calesas. Madrid. Comunidad de Madrid*

Correo electrónico: pcostaz@telefonica.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.421>

**//// ID 441**

Evaluación del abordaje de la elevación de ferritina

por parte de los médicos de familia  
Herrero Martínez M, Alonso Rodríguez E, Peña y Lillo Echeverría G, Siles Cangas M, Olivar Martínez Á, Mora Navarro G

*CS Los Ángeles; CS Guayaba. Madrid. Comunidad de Madrid*

Correo electrónico: mjherrero@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.441>

**//// ID 455**

Cómo son las polimialgias reumáticas en un centro de salud

Sellarès Gómez N, Haro Iniesta L, Moldón Garrido V, García Alfaro F, Bayó Llibre J, Riel Cabrera R

*CAP El Clot. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: airuncapri@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.455>

**//// ID 551**

Salud comunitaria: participa el usuario

Casas Rodríguez J, Fabà Ollé A, Saviola V, Prego Casares S, Mora Barreno D, Portela Rosada G

*ABS Raval Sud. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: 18631jcr@comb.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.551>

**//// ID 598**

BIGR24H: aplicación web para la valoración del aporte de energía y consumo de nutrientes en Atención Primaria

Sorlí Guerola J, Fabregat Mundo A, Arregui Rementería M, Barrera Casanova E, Corella Piquer D, Coltell Simón O

*Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública y Ciber Obn, Facultad Medicina, Universidad De Valencia; CS Xirivella;*

*Grupo Bioinfo genómica del Departamento de Lenguajes*

*y Sistemas Informáticos, Universidad Jaume I. Castellón, Valencia.*

*Comunidad Valenciana*

Correo electrónico: sorli@uv.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.598>

**//// ID 599**

Programa de detección precoz de retinopatía diabética en Atención Primaria

Ciancotti Oliver L, Navarro Palop C, Lafuente Sanchís P, Micó Pérez R, Cervera Taulet E, Bonias Pérez-Fuster M

*CS Juan Llorens. Valencia. Comunidad Valenciana*

Correo electrónico: chancotti@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.599>

**//// ID 602**

Importancia de los problemas de salud: ¿qué opinan nuestros pacientes?

Mestre Llop E, Gómez Lumbreras A, Tierno Ortega M, Bou Barba V, Santanach Soler J

*CAP Sanllehy. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: mtierno@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.602>

**//// ID 634**

Evaluación de la implantación de una estrategia para realizar ensayos clínicos en

Atención Primaria

González Martínez S, Ortiz Molina J, Benachi Sandoval N, Pont Barrio F, Sotoca Momblona J, Sitjar Martínez De Sas S

*CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: sgonzama@clinic.ub.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.634>

**//// ID 636**

¿Quién es quién? El médico residente: el gran desconocido

Novillo Santos M, March Seguí I, Martínez Martínez N, Aguilera Pérez N, Barranzuela Decoll P, Garcia-Villarrubia Muñoz M

*CAP Cambrils. Cambrils (Tarragona). Cataluña*

Correo electrónico: mnovillo@hotmail.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.636>

**//// ID 642**

APOC, nuevo estudio preliminar. ¿Resulta imprescindible una valoración demográfica exhaustiva?

Boada Senciales F, Palomeras Vilches A, Ferrer Plà R, Mas Marqués M, Pérez Muñoz P, Buñuel Álvarez J  
ABS Girona 4. Girona. Cataluña

Correo electrónico: fanny\_boada@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.642>

**//// ID 649**

Prevalencia de enfermedad tiroidea en población mayor de 14 años en un centro de salud urbano

Coto Muñoz A, Ortega Díaz M, Bermúdez Jiménez R, Lozano Cano M, Bonilla I, Pedregal M

UGC Los Rosales. Huelva. Andalucía

Correo electrónico: cotojereles@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.649>

**//// ID 653**

¿Nos interesamos por los *piercings* y tatuajes de nuestros jóvenes?

Carrera Lama M, Ormeño Victorero G, Villar Balboa I, Llano Izquierdo M, Carrillo Muñoz R, Aguilar Margalejo A

ABS Florida Sud. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: miriamllano@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.653>

**//// ID 659**

¿Por qué nos frecuentan?

Arques Pérez M, Collado Sánchez F, Gallego Álvarez L, Gallego Dueñas V, Luque Mellado F, Zarza Castillejo J

CAP Guineueta; SAP Muntanya, ICS. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: lgallego.bcn.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.659>

**//// ID 683**

Programa Salud en los Barrios: diagnóstico de salud de 40 barrios

González A, Cardona A, Pla M, Sierra I, Juncadella R, Cabezas C

Departament de Salut Catalunya, Direcció General de Salut Pública; UAB, Fundació Doctor Robert. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: angelina.gonzalez@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.683>

**//// ID 729**

Características de comunicaciones presentadas al congreso de medicina de familia

Mourelle Varela R, Martín Correa E, Borrás Calvo A, Molina Guasch C, Sierra Rodríguez M, Llorens Vercher R  
ABS Riu Nord-Riu Sud; ABS Guineueta. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: espemartin7@terra.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.729>

**//// ID 752**

¿Cómo se percibió la pandemia H1N1 entre los profesionales de un equipo de Atención Primaria?

Cardona Bosch Q, López Pareja N, Lozano Esteban P, Ríos Sánchez L, García Conejero O, Capdevila Folguera D

EAP Congrès. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: amena@semfyc.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.752>

**//// ID 781**

Primera retrospectiva semestral del proyecto

«Farmaciola solidària» (botiquín solidario)

De la Fuente Gelabert S, Roca Saumell C, Areny Ribera T, Moldón Garrido V, Plens Hamacher À, Bolos Herrero V

CAP El Clot. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: saraidlfg@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.781>

**Salud mental / Burnout****//// ID 132**

Tratamiento del insomnio en Atención Primaria, ¿sólo pastillas?

Bartolomé Resano R, Pascual Pascual P,

Bartolomé Resano F

CS Rochapea; S.N.U. Salazar. Pamplona. Navarra

Correo electrónico: rbartolomer@telefonica.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.132>

**//// ID 193**

Gestos autolíticos en un Servicio de Urgencias: perfil clínico y demanda asistencial en Atención Primaria

Cabello C, Foncubierta G, Estella Á

Hospital de Jerez; CS La Granja-Manuel Blanco; CS San Benito.

Jerez de la Frontera (Cádiz). Andalucía

Correo electrónico: carocabellorozco@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.193>

**//// ID 289**

Experiencia de cuatro años en un grupo de acogida

Ramentol Massana I, Cardona Egea M, Giné Badia M, Guzmán Bonilla M, Lallana Montero S, Comín Junquera J

ABS La Salut. Badalona (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: 25034irm@comb.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.289>

**//// ID 413**

Prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres en el ámbito rural

Ruiz Lavela F, Meseguer Zaragoza A, España López F, Medina Abellán M, Pereñíguez Barranco J, Pérez Carceles M

Consultorio de Librilla; CS Espinardo; CS Vistabella; Departamento de

Medicina Legal Universidad de Murcia. Murcia. Región de Murcia

Correo electrónico: franlavela@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.413>

**//// ID 510**

Síntomas somáticos y ansiedad, ¿preguntamos bien?

Blánquez Arjona L, Calvo Fernández A, Tevar Terol A

CS La Florida. Alicante. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: lblanquez@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.510>

**Tabaquismo****//// ID 199**

¿Los pacientes con factores de riesgo cardiovascular están más motivados para dejar de fumar?

Pellitero Santos A, Bordialba Layo M, Ortega Bravo M, Barco López M, Vilà Jové N, Calvo Godoy C

ABS Cappellet. Lleida. Cataluña

Correo electrónico: mortegabravo@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.199>



**//// ID 220**

Cómo nos ha cambiado una consulta de tabaco  
Freixes Villaro E, Villamor Baliarda E, Gil Terron N,  
Membrilla Pastor S, López Ortega A  
*ABS El Pla. Sant Feliu de Llobregat. Cataluña*  
Correo electrónico: hortetvirtual@mac.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.220>

**//// ID 367**

Necesidades y sensaciones de pacientes fumadores  
que asistieron a nuestras terapias grupales para dejar  
de fumar: una visión a lo largo de 5 años  
Evangelista Robleda L, Mena Sánchez J, Copetti Fanlo S,  
Ortodó Parra C, Pareja Mariscal A, Fernández Danés N  
*ABS Centro; ABS Sant Josep. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).  
Cataluña*  
Correo electrónico: scopetti@ambitcp.catsalut.net  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.367>

**//// ID 437**

¿Por qué no me firma el consentimiento informado?  
Roig Remon L, Alsina Massana J, Advani M,  
Pérez Tortosa S, Roura Cusido P, Manresa Domínguez J  
*CAP La Garriga. Barcelona. Cataluña*  
Correo electrónico: mamtaadvani@gmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.437>

**//// ID 460**

Características del tabaquismo pasivo en una población  
adolescente  
Ribera Osca J, Palop Larrea V, Espinosa Urbina R,  
Alabor Lloret A, Mañas Iñiesta M, Lozano Avellaneda M  
*CS Alginet; CS Carcaixent; Hospital de la Ribera. Alginet (Valencia).  
Comunidad Valenciana*  
Correo electrónico: joanrios@hotmail.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.460>

**//// ID 586**

¿Cuántos pacientes fumadores vienen a una consulta  
de Atención Primaria?  
Pérez Durillo F, Manzano Guzmán A, Ribes Bautista A,  
Pérez Milena A  
*CS San Felipe. Jaén. Andalucía*  
Correo electrónico: alpemi@gmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.586>

**//// ID 702**

Exposición al humo del tabaco y cumplimiento de la  
Ley 28/2005 en el lugar de trabajo  
Saenz Lafuente L, Sartolo Romeo M,  
Suárez Bonel M, Villaverde Royo M,  
Córdoba García R, Marín Izaguerri M  
*CS Delicias Sur. Zaragoza. Aragón*  
Correo electrónico: pilarsuarezmf@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.702>

**//// ID 714**

Opinión y percepción de riesgo respecto al humo  
ambiental del tabaco  
Saenz Lafuente L, Sartolo Romeo M,  
Suárez Bonel M, Villaverde Royo M,  
Córdoba García R, Marín Izaguirre M  
*CS Delicias Sur. Zaragoza. Aragón*  
Correo electrónico: pilarsuarezmf@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.714>

## Urgencias

**//// ID 98**

Tratamiento del vértigo posicional paroxístico benigno  
Arana Alonso E, Alarcón Melendez M,  
Bartolome Resano R, Contin Pesacen M,  
Berrade Goyena N, Guillermo Ruberte A  
*CS Sangüesa; CS Rochapea; Hospital Virgen del Camino. Pamplona.  
Navarra*  
Correo electrónico: earanaalonso@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.98>

**//// ID 122**

Dolor abdominal en Urgencias: rentabilidad de la  
radiografía simple de abdomen en el diagnóstico  
definitivo  
Lopera Arroyo M, Bitaubé Mata C, Estella García Á  
*CS San Benito, Distrito Jerez Costa Noroeste; SCCU Hospital Sas  
Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz). Andalucía*  
Correo electrónico: lolaloo2@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.122>

**//// ID 156**

Estudio de rinosinusitis tratados con extractos vegetales  
naturales de plantas en un Servicio de Urgencias  
Aguilar Escalera J, Martínez Cerezal C,  
Cebrián Patiño E, Rodríguez Santana J,  
Domenech De Frutos S, Bibiano Guillén C  
*Hospital de la Moraleja. Madrid. Comunidad de Madrid*  
Correo electrónico: jesuaguilar45@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.156>

**//// ID 166**

Enfermos derivados a un Servicio de Urgencias  
hospitalarias desde el centro de salud  
Argudo Lobatón C, Leal Salido R, Estella A  
*CS San Benito; La Granja de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera  
(Cádiz). Andalucía*  
Correo electrónico: rocio.leal.salido@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.166>

**//// ID 211**

«Doctor, vengo de urgencias. ¿Por qué consultan  
los pacientes sin cita?»  
Cristel Ferrer L, Santín Pérez A, Arpal Sagristà L,  
Martín Correa E, Gallego Dueñas V, Collado Sánchez F  
*CAP Guineueta. Barcelona. Cataluña*  
Correo electrónico: 336111cf@comb.cat  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.211>

**//// ID 276**

Revisión de un protocolo de anticoncepción de  
emergencia en un Área Básica de Salud  
Novillo Santos M, Romero Ruíz Á, Grifoll Hernández M,  
Bordell I Sierra T, Rigo Rodríguez Y, Doblado López O  
*ABS Cambrils. Cambrils (Tarragona). Cataluña*  
Correo electrónico: aromero@grupsagessa.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.276>

**//// ID 521**

Análisis de las visitas «urgentes»  
Mas A, Caula J, Tell R, Cabratosa J, Vegas S, Sala J  
*CAP Garrotxa; Direcció d'Atenció Primària de Girona, ICS. Olot  
(Girona). Cataluña*  
Correo electrónico: amascarrera@gmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.521>

**//// ID 561**

Mejoremos la atención continuada a enfermos paliativos: promoción de la vía subcutánea en los equipos de urgencias extrahospitalarios

Guerrero Briz M, Cedeño Benavides T, Molinero Molina M, Vázquez Navarro Á, Martínez Sánchez M, Megías M

DCCU La Chana. Granada. Andalucía

Correo electrónico: mguerreroobrizz@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.561>

**//// ID 657**

Urgencias en Atención Primaria: sanidad o consumo

Busquets Vallbona N, Terés Falset D, Torres Serra A, Caula Ros J, Simon Orriols C

ABS de Camprodón. Girona. Cataluña

Correo electrónico: nbusquets.girona.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.657>

**//// ID 794**

Formación y mantenimiento de la competencia en soporte vital básico y desfibrilación en un Servicio de Atención Primaria

Torán Monserrat P, Aizpurua Pérez M, Rodríguez T, Domènech Solé J, Herreros Melenchón J, De Balanzó Fernández X

CS Gatassa; UCI del Hospital de Mataró; CS Vilassar de Mar;

CS Ronda Prim, CS Ronda Cerdanya. Mataró (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: ptoran.bnm.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.794>

## Vacunas

**//// ID 298**

Vacunación antigripal en el colectivo de Atención Primaria de un Departamento de Salud.

Campañas 2005/06 a 2009/10

Martínez Martínez F, Lluch Rodrigo J, Sequí Canet A, Gomar Ibáñez T, y el Grupo Investigación Vacunas Salud Pública

CS Gandia. Gandia (Valencia). Comunidad Valenciana

Correo electrónico: martínez\_framar@gva.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.298>

**//// ID 755**

Taller para mejorar la vacunación antigripal en profesionales sanitarios de Atención Primaria

Morató Agustí M, Estany Almirall P, Gámiz Gala A, Robles Raya P, De Frutos Echániz E, Moreno Millán N

CAMFiC, AIFICC, ACI. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: nmorenom.bnm.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.755>

## Validación de estudios

**//// ID 609**

Evaluación del sesgo de selección en un estudio transversal de respuesta libre: encuesta de conocimiento del AIT

Marsal Mora J, Galindo Ortego G, Cruz Esteve I, Real Gatus J, Oro Roca M, Purroy García F

Idiap Jordi Gol. Lleida. Cataluña

Correo electrónico: icruz.lleida.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.609>

## Violencia doméstica

**//// ID 376**

Evolución de un programa de detección y registro de casos de violencia doméstica en un centro de asistencia primaria

Arcas M, Vilalta S, Noguera M, Tapia M, Silvestre V

Casap Can Bou. Castelldefels (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: marcas@casap.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.376>

**//// ID 403**

Orden de alejamiento por violencia de género: una realidad que afecta a la consulta médica

Calleja Vega C, Pigem Jubany E, Gallego Pérez S, Cuenca Rodríguez L, Babi Rourera P,

Rovira Fontanals A

CAP La Pau. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: elix15@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.403>

**//// ID 471**

Coordinación interdisciplinar entre entidades de ámbito local y autonómico para la atención integral y protección a mujeres víctimas de violencia de género y a sus hijos

Medina Cuenca P, Blanco Morales M, Díaz Carrasco Y, Millán Susinos R, Ávila Vivar B, G

GAP del Área 10. Getafe (Madrid). Comunidad de Madrid

Correo electrónico: pmedina.gapm10@salud.madrid.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2010.Abst.471>

## Información adicional sobre actividades científicas / Premios

### Asistencia a actividades científicas

El 30.º Congreso de la semFYC dispone de una amplia oferta de actividades científicas. Se distinguen, en referencia a la forma de acceso, dos tipos de actividades:

#### – Actividades de acceso libre

Las actividades científicas de acceso libre son las siguientes: mesas, mesas de programas y secciones semFYC, debates, actualizaciones, resultados de investigación innovadores en AP, mesas del foro de investigación, mesas del aula docente, talleres clínicos interactivos, otras actividades semFYC, encuentros con el experto. Son actividades de acceso libre, limitadas al aforo de la sala. Se recomienda acceder a la sala correspondiente 20 minutos antes del inicio.

#### – 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 a talleres».

### Acreditación de las actividades

Se ha solicitado la acreditación de todas las actividades científicas del Congreso a las siguientes entidades:

– Sistema de acreditación en Atención Primaria (SaAP) - 22 horas congresuales.

– Comisión de Formación Continuada (CFC) de la Comunitat Valenciana (Escuela Valenciana de Estudios de la Salud).

Para obtener la acreditación, es imprescindible entregar la encuesta de acreditación -que encontrará en su documentación personalizada- en la Secretaría del Congreso.

En el caso de las actividades con inscripción previa (talleres), es necesario asistir a la totalidad del taller y firmar la hoja de inscripción, que se debe entregar al acceder a la sala.

### Itinerarios temáticos

Como novedad del 30.º Congreso semFYC 2010, se han definido unos itinerarios temáticos: actividades sobre un mismo tema en diferentes horarios, para que el congresista haga el congreso a su medida.

Los itinerarios temáticos son:

- Cuidados paliativos
- Recuperar terrenos perdidos
- Aumento de la capacidad de resolución
- Relación médico-paciente
- Nuevas tecnologías y la gestión de la consulta
- Estrategias de desarrollo profesional

Para más información, ver librito del cuadro horario.

### Normas de inscripción a talleres

(Talleres de habilidades 2 horas y 4 horas, talleres del aula docente, talleres del foro de investigación.)

– Las plazas a los talleres son LIMITADAS. Sólo será posible inscribirse a UN taller de habilidades, y además a UN taller del aula docente o del foro de investigación.

– El plazo de inscripción a los talleres a través de [www.sem-fyc.es/valencia2010](http://www.sem-fyc.es/valencia2010) se inició el 26 de abril y finalizó el 26 de mayo de 2010. Finalizado este plazo, sólo será posible la inscripción a los talleres con plazas disponibles en el mostrador de talleres de la sede del congreso (Feria Valencia. Centro de Eventos • Avenida de las Ferias, s/n • 46035 Valencia), a partir de las 09.00 horas del miércoles 16 de junio de 2010.

– A partir del 27 de mayo, el congresista inscrito a talleres deberá imprimir la carta de confirmación que estará disponible en la página web. Será IMPRESCINDIBLE entregar esta carta para acceder a la sala. Las cartas de confirmación son personales e intransferibles.

– Para poder asistir a un taller confirmado, el congresista deberá presentarse en la sala correspondiente con un mínimo de 10 MINUTOS ANTES de 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 correspondiente documento de lista de espera (que les será facilitado por la azafata de la sala correspondiente) y entregarlo al acceder a la sala.

### Comunicaciones

En el 30.º 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.sem-fyc.es/valencia2010](http://www.sem-fyc.es/valencia2010)

### Comunicaciones orales

El autor-presentador de 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 la presentación, se abrirá un turno de preguntas y aclaraciones realizadas por los asistentes y el moderador, que durará 3 minutos. Así pues, el tiempo total para cada comunicación oral será de 10 minutos (7 min., para la presentación, + 3 min., para preguntas y debate). El orden de presentación 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 la obtención de los certificados es imprescindible cumplir los siguientes requisitos:

– El autor-presentador debe ser uno de los autores de la comunicación.

– El autor-presentador debe estar inscrito al congreso.

– El autor-presentador debe estar presente 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 proyección desde 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 3 horas antes de su presentación.

Se recomiendan 10 diapositivas Power Point por cada presentación oral. El máximo de diapositivas que se aceptará por cada presentación oral es de 15 de diapositivas (las presentaciones con más de 15 diapositivas serán rechazadas por los responsables de la «Secretaría de Audiovisuales»). Las comunicaciones orales se podrán consultar en Internet mediante el DOI®System (Digital Object Identifier). Ver apartado «Comunicaciones orales».

### Comunicaciones póster

Continuando con la novedad iniciada en el XXIX Congreso semFYC Barcelona 2009, los pósteres aceptados en formato póster NO se presentarán en panel (impresión del póster en papel), sino que se presentarán en formato de póster electrónico. Los pósteres se **expondrán en pantallas de plasma**, que se instalarán en el espacio reservado para su exposición (Planta 1 del Centro de Eventos-Feria Valencia).

Entre todos los pósteres aceptados para el Congreso, se han seleccionado los **mejor puntuados para ser defendidos de forma oral**. Los pósteres seleccionados para ser defendidos se presentarán en una sala, proyectando la imagen del póster electrónico en la pantalla de la sala.

La defensa de los pósteres se realizará en **sesiones temáticas de 1 hora de duración**. Durante la sesión, uno de los autores deberá **exponer y comentar el trabajo** a un miembro del Comité Científico. El tiempo de exposición será de **3 minutos por póster**, y el tiempo dedicado a discusión (preguntas del comité) será de 3 minutos.

Los **certificados de las comunicaciones** se podrán recoger en el mostrador de la zona de paneles el viernes 18 de junio, de 10.00 a 18.00 horas. Para la obtención de los certificados es **imprescindible** cumplir los siguientes requisitos:

- Al menos uno de los autores de la comunicación debe estar inscrito al congreso.
- Se debe haber enviado el póster en formato electrónico (a través de la página web) antes del 25 de mayo de 2010.
- Se entregarán tantos certificados originales como autores consten en la comunicación enviada.

Los pósteres electrónicos se podrán consultar en Internet mediante el DOI®System (Digital Object Identifier). Ver apartado «Comunicaciones póster».

## Premios

Los Comités Científico y Organizador del 30.º Congreso de la semFYC otorgan premios a las mejores comunicaciones:

- **Comunicación oral:** primer premio y 1 accésit.
- **Comunicación póster:** primer premio y 1 accésit.
- **Proyecto de investigación.**

Asimismo, también se entregará el siguiente premio en el marco del congreso:

- **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.

### Entrega de Premios

Viernes, 18 de junio / 17.30-18.15 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 1 / Auditorio 1A

## Otras actividades semFYC

### PRESENTACIÓN 1

#### Guía de práctica clínica *Atención integral al paciente con EPOC*

Jueves, 17 de junio / 09.30-10.15 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3F-3G

#### Moderadora:

**Mercè Marzo Castillejo**

*Médico de familia. Medicina Preventiva y Salud Pública. Direcció Afers Assistencials de l'ICS, Barcelona. Miembro del Comité Científico de la semFYC.*

#### Ponentes:

**Myriam Calle Rubio**

*Neumóloga. Hospital Universitario Clínico de San Carlos, Madrid. Coordinadora del área de EPOC de SEPAR.*

**Miguel Ángel Lobo Álvarez**

*Médico de familia. CS Gandhi, Madrid. Miembro del GdT Enfermedades Respiratorias de la SoMaMFyC.*

### PRESENTACIÓN 2

#### *Manual de enfermedades infecciosas en Atención Primaria*

Jueves, 17 de junio / 10.30-11.15 h  
Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3F-3G

#### Moderador:

**Jose M.ª Cots Yago**

*Médico de familia. CS La Marina, Barcelona. Coordinador del GdT Enfermedades Infecciosas de la semFYC. Profesor de la Facultad de Medicina de la Universitat de Barcelona.*

#### Ponentes:

**M.ª José Monedero Mira**

*Médico de familia. CS Rafalafena, Castellón. Miembro del GdT Enfermedades Infecciosas de la semFYC.*

#### **Albert Boada Valsameda**

*Médico de familia. CS Maragall, Barcelona. Miembro del GdT Enfermedades Infecciosas de la CAMFiC.*

#### Resumen

En el 30.º Congreso de semFYC en Valencia se presentará el *Manual de enfermedades infecciosas en Atención Primaria*.

Este Manual de enfermedades infecciosas está orientado en la práctica clínica del médico de familia para dar respuesta, primero, a orientar el proceso diagnóstico frente a un paciente con una patología infecciosa y, en segundo lugar, a cuál es la terapéutica antimicrobiana de elección. Este proceso está en la línea del buen uso de los antibióticos, tanto en una vertiente cuantitativa en reducir el consumo de los mismos como en una cualitativa en prescribir el antibiótico de menor espectro que cubra la infección a tratar.

La presentación del libro irá a cargo de un miembro del comité editorial el cual expondrá cómo se ha gestado el libro y cómo se ha coordinado su realización dada la peculiaridad del alto número de autores de diferentes sociedades federadas, siendo unos 83 autores.

También un autor de un capítulo expondrá su experiencia en cómo se ha trabajado el contenido científico del mismo y la coordinación con otros miembros.

### ASAMBLEAS

#### Asamblea de compromisarios/socios semFYC

Jueves, 17 de junio / Hora de inicio: 17.30 h  
Feria Valencia. Foro Centro

### REUNIONES

- Junta Permanente de la semFYC
- Junta Directiva de la semFYC
- Coordinadores de GdT de la semFYC



////////////////////////////////////  
**VII Jornadas Nacionales  
 de Medicina de Familia  
 y Comunitaria para  
 Estudiantes de Medicina**

MIÉRCOLES, 16 DE JUNIO

**MESA INAUGURAL**

**El Plan Bolonia y la Medicina de Familia**

09.00-10.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3F-3G

**Moderadora:**

**Verónica Casado Vicente**

*Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Vice presidenta del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.*

**Ponentes:**

**Esteban Morcillo Sánchez**

*Excmo. Rector de la Universitat de València.*

**Joaquín García-Estañ López**

*Ilmo. Presidente de la Conferencia Nacional de Decanos de Medicina.*

**Juan Manuel Caturla Such**

*Ilmo. Decano de la Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández, Alicante.*

**Germán Cerdá Olmedo**

*Ilmo. Decano de la Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia.*

**Juan Francisco Ascaso Gimilio**

*Director del Dpto. de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universitat de València*

**TALLERES SIMULTÁNEOS**

**Taller de reanimación cardiopulmonar**

A) 10.30-12.00 h

B) 12.30-14.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4D

**Docentes:**

**Juan José Gil Carbó**

*Médico de familia.*

**Miguel Ángel Bernal Beltrá**

*Médico de familia.*

**Taller de cirugía menor**

A) 10.30-12.00 h

B) 12.30-14.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 4 / Sala 4F

**Docentes:**

**Francisco Beneyto Castelló**

*Médico de familia. Miembro del GdT Cirugía Menor de la SVMFiC.*

**Francisco Ortiz Díaz**

*Médico de familia. Miembro del GdT Cirugía Menor de la SVMFiC.*

**Manuel Batalla Sales**

*Médico de familia. Miembro del GdT Cirugía Menor de la SVMFiC.*

**CONFERENCIA DE CLAUSURA**

**Medicina de familia y universidad.**

**Percepciones de los estudiantes españoles**

15.30-16.30 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 3 / Sala 3F-3G

**Moderador:**

**Jorge Navarro Pérez**

*Dpto. de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universitat de València.*

**Ponente:**

**Armando Martín Zurro**

*Ex coordinador general del Programa de medicina de familia y Comunitaria de Cataluña.*

**MESA 30.º CONGRESO DE LA semFYC**

**El futuro de la Atención Primaria**

17.00-19.00 h

Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 1 / Auditorio 1A

(Véase contenido en pág. 30).





# Actividad con la población

Miércoles, 16 de junio  
Feria Valencia. Foro Norte / Salón de actos

La semFYC, en colaboración con la Conselleria de Educación de la Generalitat Valenciana, puso en marcha un concurso de redacción destinado a conocer los temas de salud que preocupan a los jóvenes, así como la relación existente con su médico de familia. El concurso se dirigía al alumnado de los centros públicos y privados que imparten enseñanza en la Comunidad Valenciana, escolarizados en 3.º y 4.º de ESO.

Los escolares finalistas serán invitados, junto con todos los compañeros de su clase, a estas jornadas sobre salud en la adolescencia, que tendrán lugar el día 16 de junio en Feria Valencia, en el marco del 30º. Congreso de la semFYC.

## Programa

10.00-11:00 h. Educación sexual. Programa PIES (Programa de Intervención en Educación Sexual)

**Eduardo Plá Ernst**

*Jefe de la Unidad de Planificación Familiar y Sexualidad.  
Servicio de Promoción de Salud. Conselleria de Sanidad  
de la Generalitat Valenciana.*

11.00-11.30 h. Desayuno

11.30-12.30 h. Prevención del consumo de drogas

**Fernando Caudevilla Gállego**

*Médico de familia. Experto en drogodependencias y políticas de reducción  
de riesgos en el consumo de drogas.*

**Víctor Galan**

*Educador Social de EnergyControl.*

12.30-13.00 h. Entrega de premios y clausura



# Encuentros sociales

## MIÉRCOLES, 16 DE JUNIO

### /// Encuentro con la poesía

Lugar: Feria Valencia. Centro de Eventos. Planta 1/Auditorio 1A.

Horario: 19.00-19.30 h

*Acceso libre presentando la acreditación. Aforo limitado.*

Recital de poesía a cargo de Luis Colombini.

### /// Encuentro de bienvenida

Lugar: Jardines del Centro de eventos, Feria Valencia.

Horario: 21.00 h, al finalizar el acto inaugural.

*Acceso libre presentando la acreditación.*

Cóctel de bienvenida al 30.º Congreso de la semFYC.

## JUEVES, 17 DE JUNIO

### /// Encuentro con el deporte

Lugar: Parque del antiguo cauce del río Turia

Horario: 20.15-21.15 h

*Plazas limitadas.*

El conocimiento de las prácticas de vida cardiosaludable así como una actividad física apropiada son de vital importancia para mejorar la salud cardiovascular de nuestros pacientes y de la población en general. Es por ello que Novartis en colaboración con Nike, promueven este evento.

La actividad consistirá en un entreno cardiovascular en el parque del antiguo cauce del río Turia en el cual contaremos con la presencia de entrenadores personales quienes liderarán en diferentes grupos los entrenamientos cardiovasculares. Estos grupos se formarán en función del nivel de cada uno de los asistentes y contarán con la asesoría de entrenadores que aportarán su experiencia de cara a poder dar recomendaciones para mejorar el rendimiento cardiovascular de cada uno así como

conocer los diferentes tipos de entrenamientos en función de los objetivos finales. Igualmente se impartirán consejos y técnicas para una mejor recuperación cardiovascular así como consejos para aliviar el dolor.

¡No te olvides de la ropa deportiva y apúntate en la web al evento! Para todos aquellos que os apuntéis, podréis disfrutar de una camiseta recuerdo del evento.

¡Te esperamos!

### /// Encuentro con la música

Lugar: Auditorio superior, Palau de les Arts Reina Sofía

(Autopista del Saler, 1 - 46013 Valencia)

Horario: 21.30 h

*Aforo limitado.*

### Miguel Poveda en concierto

Dentro del sobre de documentación del congresista, que le entregarán en el mostrador de acreditaciones, encontrará un tique que se deberá canjear por una entrada para este encuentro con la música.

### /// Encuentro con los amigos

Lugar: L'Umbracle (Av. del Saler, 5 - 46013 Valencia)

Horario: 24.00 h

*Acceso libre con la entrada que encontrará insertada en la documentación personalizada del congresista.*

Espacio destinado al intercambio de opiniones y experiencias. Un lugar para el reencuentro con los amigos.

## VIERNES, 18 DE JUNIO

### /// Encuentro de despedida

Lugar: Jardines del Centro de Eventos, Feria Valencia

Horario: 19.00 h, al finalizar el acto de clausura.

*Acceso libre presentando la acreditación.*

Comparte tus impresiones sobre el Congreso, despídete de tus amigos, de los conocidos y de la ciudad anfitriona: Valencia.



# Información general

## Sede

Feria Valencia  
Avda. de las Ferias, s/n  
46035 Valencia  
www.feriavalencia.com

## Secretarías

Secretaría técnica (inscripciones, científica y comercial)



Carrer del Pi, 11, 2.<sup>a</sup> 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 16 de junio: de 08.00 a 21.30 h.  
Jueves 17 y viernes 18 de junio: de 08.00 a 20.00 h.

Secretaría de alojamiento  
Viajes Atlanta - Unicongress  
C/ Calvet, 55 · 08021 Barcelona  
Tel. 93 367 24 2  
Fax 93 414 68 17

## Inscripciones

### Cuotas

Para conocer el precio de inscripción al Congreso, consulte la tabla que hay más abajo.

### Forma de pago

Con tarjeta de crédito o transferencia bancaria (véase página web).

### Cancelaciones

Las cancelaciones recibidas antes del 30 de abril de 2010 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 nombres.

## Cuotas

Categoría	Hasta el 01/03/2010	Desde el 02/03/2010 hasta 26/05/2010	In situ
Socios (1) - Con almuerzos	420 €	520 €	No posible
Socios (1) - Sin almuerzos	360 €	460 €	510 €
Reducida socios (2) - Con almuerzos *	275 €	375 €	No posible
Reducida socios (2) - Sin almuerzos *	215 €	315 €	365 €
No socios - Con almuerzos	570 €	670 €	No posible
No socios - Sin almuerzos	510 €	610 €	660 €

Cuotas de inscripción con el 7% IVA incluido.

\*La inscripción con almuerzos incluye los almuerzos del jueves y del viernes.

## Fechas límite

Para inscripciones (con o sin almuerzos de trabajo), a través de la página web: **26 de mayo**.

A partir del 27 de mayo deberá formalizar la inscripción en el mostrador de nuevas inscripciones en la sede del congreso. Las cuotas in situ –sin almuerzo de trabajo– serán:

Socios: 510 €  
Reducida socios: 365 €  
No socios: 660 €

Las inscripciones recibidas fuera de plazo (a partir del 27 de mayo) no se considerarán formalizadas, por lo que deberán tramitarse en el mostrador de nuevas inscripciones.

## Inscritos

Todos los **congresistas** tienen derecho a asistir a las actividades científicas, exposición comercial y pausas de café, y a recibir la documentación del Congreso (programa final / libro de comunicaciones, y demás documentación personalizada). Además, los congresistas inscritos con almuerzo de trabajo tienen derecho a los almuerzos del jueves 17 y viernes 18 de junio (Pabellón 5-Planta 1 del Centro de Eventos). Los congresistas tendrán derecho a participar en los actos sociales programados (véase apartado «Encuentros sociales»).

## Bolsa del Congreso

Todos los congresistas inscritos hasta el 26 de mayo tienen derecho a la bolsa del congresista. Para las inscripciones in situ se dispone de un número limitado de bolsas, por lo que no se puede garantizar su entrega a todas aquellas inscripciones tramitadas durante el Congreso.

La entrega será en la Planta 1 del Centro de Eventos.

## 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 lugar visible durante todo el Congreso. La organización se reserva el derecho a solicitar el DNI para comprobar su correspondiente acreditación.

## Acreditaciones:

- Congresista con almuerzos: verde.
- Congresista sin almuerzos: rojo.
- Comités Organizador y Científico, junta semFYC y ponentes: azul.

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.

## Transporte

Transportista oficial del Congreso: **renfe**

Para los Congresistas inscritos al congreso, Renfe ofrece **descuentos en sus tarifas de transporte** (bonos de descuento disponibles en la página web del Congreso).

Toda la información sobre el transporte durante el Congreso estará disponible en la web, y también en los hoteles y en la documentación personalizada del congresista.

# Patrocinadores y colaboradores

Entidades cooperadoras con la semFYC

**NOVARTIS**



*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



**ESTEVE**



Entidades colaboradoras con el Congreso



Otras colaboraciones









## Índice de autores

### A

Abizanda Soler P, 120  
 Aboza Lobatón Á, 135  
 Aguado Lázaro N, 125  
 Aguilar Margalejo A, 128  
 Aguilar Muñoz A, 102  
 Aguyé Batista A, 110, 111  
 Ajenjo Navarro A, 95  
 Álamo Candelaria JM, 54  
 Alberquilla Menéndez-Asenjo Á, 116, 127  
 Albert i Ros, X, 85  
 Albiol Lluís R, 117  
 Aldanondo Gabilondo A, 118  
 Alegría E, 110  
 Almendro Padilla C, 88  
 Almendros Vilchez N, 112  
 Alonso Coello P, 70, 116  
 Alonso Gordo J, 134  
 Alonso López F, 118  
 Alonso Piñero J, 136  
 Alonso Romero V, 131  
 Altés Caïs A, 141  
 Álvarez Guisasola F, 99  
 Álvarez Luy M, 133  
 Álvarez Martínez M, 92  
 Amador Chamón H, 139  
 Amador Romero F, 124  
 Ampudia R, 127  
 Ampudia Blasco FJ, 101  
 Amurrio López de Gastiain, 23  
 Andrés Llamas J, 105  
 Andrés Pretel F, 111  
 Anguita Guimet A, 113  
 Aoiz Linares J, 138  
 Aragonès E, 141  
 Aranda Sánchez B, 117  
 Arbonies Ortiz J, 61, 92, 105, 114  
 Arcones Segovia J, 105  
 Arias Moliz M, 138  
 Arijia Val V, 117  
 Arjona López I, 123  
 Arranz Izquierdo J, 126  
 Artola Menéndez S, 99  
 Ascaso C, 122  
 Asensio Vegas Á, 125  
 Asensio Vidal M, 108  
 Atienzar Núñez P, 120  
 Auladell Llorens M, 137  
 Avellaneda Molina P, 123  
 Ávila Rodríguez J, 114  
 Ayala Vargas V, 127  
 Ayarra Elía M, 97  
 Azagra Ledesma R, 110, 111, 138  
 Azpeitia Muñoz C, 125  
 Azpeitia Serón ME, 23, 96

### B

Badia Casas R, 132, 133  
 Baget Bernaldiz M, 99  
 Ballestar Palacio N, 109  
 Baos Vicente V, 37  
 Barahona Del Moral M, 140

Barcina C, 127  
 Barreiro Martínez C, 125  
 Barreiro Montañes M, 110  
 Barrera Guijarro ME, 24  
 Barrera Linares E, 113, 114, 136  
 Barro Lugo S, 132  
 Bartolomé Moreno C, 88  
 Basora Gallisà J, 117  
 Bataller i Perelló V, 66  
 Baza Bueno M, 123  
 Beardo Alonso M, 136  
 Bejarano Moreno F, 117  
 Bélanger E, 80  
 Bellas Beceiro B, 52  
 Bellet Lafarga N, 124  
 Bengoetxea Peña I, 140  
 Bernabeu Wittel M, 120  
 Blanco Canseco J, 128  
 Blanco Giner P, 54  
 Blanco Morales C, 114  
 Blanco Morales M, 136  
 Blanco Paños J, 111  
 Blanquer Gregori JJ, 41, 93  
 Blasco Alvaredo J, 109  
 Blasi Codinach A, 107, 109  
 Bohorquez Colombo P, 120  
 Boix Gras C, 87  
 Bonal Pitz P, 31, 91  
 Bonet Plá JA, 43, 99  
 Bonilla Ruiz S, 129  
 Bonillo García M, 107  
 Bordell Sierra T, 108  
 Boronat Moreiro J, 106  
 Borrás A, 122  
 Bosch R, 141  
 Botija Yagüe MP, 95  
 Bravo Toledo R, 55  
 Brotons Cuixart C, 122, 139, 141  
 Buitrago Ramírez F, 79  
 Bustinduy Bascarán A, 105

### C

Caballería Rovira L, 137  
 Caballero A, 141  
 Caballero Moreno M, 134  
 Cabello Barrios J, 124  
 Cabello Romero M, 122, 137  
 Cabezas C, 112  
 Cabré Vila J, 117  
 Cabrera Rodríguez C, 129  
 Cairo Rojas G, 123, 140  
 Calabuig Alborch JR, 102  
 Calabuig Nadal R, 131  
 Calderó Solé M, 141  
 Calderón Gómez C, 27  
 Calvo Corbella E, 127  
 Calvo Orduña M, 134  
 Camacho Hernández A, 127  
 Camarells Guillem F, 95  
 Campos Esteban P, 51  
 Campos Manivesa J, 137  
 Cano Bernal E, 104

Cánovas Inglés A, 55  
 Cantería Martínez R, 104  
 Canut Caveró S, 131  
 Cañas Ortiz F, 114  
 Cardunets García D, 130  
 Carrera Lama M, 128  
 Carrillo Fernández L, 100  
 Carrillo Muñoz R, 128  
 Carulla Aresté M, 125  
 Carvajal de la Torre A, 58  
 Casado Vicente V, 31, 89, 91  
 Casajuana Brunet J, 47  
 Casanovas Font J, 141  
 Casarolli Murano R, 99  
 Casas Güell G, 134  
 Casasa Plana A, 106, 122, 139  
 Castellari P, 135  
 Castillo Obeso J, 69  
 Castro Abella M, 137  
 Catalán Oliver C, 40, 140  
 Caudevilla Gállego F, 95  
 Cay Auría M, 123  
 Cepeda Muñoz S, 127  
 Cerdà Adrián J, 111  
 Cibrián Sánchez S, 87  
 Claver Portillo P, 131  
 Clemente S, 130  
 Clérigues Belloch J, 102  
 Coderech Arís M, 139  
 Codina Lenaspa A, 120  
 Colomina Rodríguez J, 119  
 Comesaña López A, 123  
 Comín Junquera J, 112  
 Conthe Gutiérrez P, 101  
 Contreras Raris B, 109  
 Copetti Fanlo S, 104  
 Corchado Albalat Y, 118  
 Cordero Torres JA, 46  
 Corpas Hevia G, 119  
 Corredoira L, 122  
 Corriero Soto C, 131  
 Cortés Valverde A, 140  
 Cortijo Gimeno J, 84  
 Cos Claramunt FX, 83  
 Cots Morenilla M, 133  
 Cots Yago J, 126  
 Cruz Domenech J, 134  
 Cuixart Costa L, 110

### D

De Andrés J, 132  
 De Federico Mesa F, 107  
 De la Cámara De las Heras J, 113  
 De la Figuera von Wichmann M, 101  
 De La Fuente Capitán J, 116  
 De Magrinyà Claramunt J, 135  
 De Miguel Llorente N, 115  
 De Pedro Elvira B, 108  
 De Serdio Romero E, 90  
 Del Castillo Rodríguez JC, 101  
 Del Cura González I, 53, 86  
 Del Llano J, 119

Del Olmo Fernández S, 56  
 Devant Altimir M, 108  
 Deza Pérez M, 123  
 Díaz Almanza A, 131  
 Díaz Barroso A, 115  
 Díaz Del Pozo R, 123  
 Díaz Gallego F, 132, 133  
 Díaz Grávalos G, 115  
 Díaz Hurtado M, 114  
 Díaz Salsench R, 117  
 Díaz Sánchez G, 116  
 Díaz Sánchez S, 101  
 Díaz-Torne C, 139  
 Díez Ruiz A, 116  
 Domingo Orduña M, 132  
 Domingo Teixidó M, 101  
 Domínguez Sarmiento S, 140  
 Dona M, 129  
 Dueñas Fuentes J, 117  
 Dueñas Redondo J, 117

## E

Echarte Pazos J, 136  
 Encabo Duro G, 138  
 Endeveni Lagar E, 130  
 Escobar Oliva A, 110  
 Escobar Oliva B, 112  
 Escobeo Espinosa F, 115  
 Espert Lozano S, 124, 142  
 Espinosa Urbina R, 119, 140  
 Esteban Pellón J, 71  
 Estella García Á, 135  
 Eumann Mesas A, 119

## F

Feijoo Campos I, 126  
 Feijoo Rodríguez M, 129, 138  
 Fenoll Brotons C, 128  
 Fernández Casalderey C, 104  
 Fernández Castro M, 119  
 Fernández Del Barrio M, 104  
 Fernández González R, 140  
 Fernández Gregorio Y, 134  
 Fernández Hermoso S, 135  
 Fernández Herrero B, 134  
 Fernández Martínez F, 109  
 Fernández Martínez M, 135  
 Fernández San José B, 102  
 Fernández Vidaurreta I, 105  
 Fernández-Bujarrabal J, 127  
 Fernández-Lahera Martínez J, 127  
 Ferrándiz Santos J, 124  
 Ferrer García JC, 101  
 Ferrer Luque F, 107  
 Ferrer Saiz L, 123  
 Ferrero Barrio M, 65  
 Férriz Villanueva G, 107, 109  
 Figueira De la Rosa D, 136  
 Flayeh Beneyto S, 112  
 Fontoba Poveda B, 99  
 Forcadell E, 109  
 Fornés Ollé B, 109  
 Fraga Fraga A, 133  
 Fuentes González E, 110, 111  
 Fuentes Rodríguez S, 110  
 Fuertes Fortea A, 119, 130

## G

Gago Moreda M, 114  
 Galán Bernardino J, 85, 113  
 Galiana Gil R, 131  
 Galindo Martí M, 124, 142  
 Gallo Vallejo FJ, 97  
 Gálvez Cortés M, 107  
 Gálvez Ibáñez M, 107  
 Garcés Ranz J, 124  
 García J, 112  
 García Barco M, 135  
 García Charle A, 131  
 García De la Corte F, 118  
 García Espinosa M, 134  
 García Fonseca M, 123  
 García García M, 54  
 García Gimeno E, 95  
 García Martín F, 129  
 García Moya S, 130  
 García Olmos L, 127  
 García Pareras L, 121  
 García Ribes M, 72  
 García Tirado C, 140  
 García Tirado M, 129  
 Garrido Barral A, 106  
 Gascó García P, 93  
 Gascuña Luengo M, 134  
 Gavilán Martínez F, 134  
 Gené Badia J, 122  
 Gil De Pareja Palmero M, 116, 127  
 Gil Guillén V, 34  
 Gil Latorre F, 75, 104  
 Gilabert i Perramon A, 102  
 Gilaberte Ferrús M, 134  
 Gili Riu M, 110  
 Giménez Bayà T, 115  
 Giner Martos M, 106, 109  
 Giner Ruiz V, 21  
 Giraud Stabio M, 118  
 Gómez De la Cámara A, 85  
 Gómez Fernández C, 129  
 Gómez García I, 105  
 Gómez García M, 126  
 Gómez Gutiérrez E, 140  
 Gómez Navarro R, 138  
 Gómez Puente J, 128  
 Gómez Villarejo V, 135  
 González A, 112  
 González M, 122  
 González Amaya S, 136  
 González Ares J, 104  
 González Candelas R, 124, 142  
 González De Paz L, 108  
 González Fernández-Conde M, 129  
 González García R, 131  
 González González A, 123  
 González Lombide E, 105  
 González Moneo M, 122, 137  
 González-Juanatey J, 110  
 González Perales J, 113  
 Górriz Teruel JL, 101  
 Gosalbes Soler MV, 100  
 Guarnar Aguilar A, 115  
 Guerrero García F, 107  
 Guijarro C, 110  
 Guillén Domínguez M, 111  
 Guillén López A, 108

Gutiérrez Gabriel S, 105  
 Gutierrez Pesquera N, 123  
 Gutiérrez Toca O, 116

## H

Heredia Rodríguez L, 118  
 Hermosa García A, 111  
 Hermosa Hermán JC, 100  
 Hernández Anadón S, 96  
 Hernández Anguera J, 117  
 Hernández Perella J, 139  
 Hernández Salvador C, 127  
 Hernández Santiago V, 57  
 Hernández Sanz C, 132, 133  
 Hernández Torres A, 120  
 Herranz González J, 105  
 Herrera Acosta E, 107  
 Herrería De la Lastra A, 133  
 Herrería Martínez R, 133  
 Herrero Anton M, 131  
 Hidalgo García I, 123  
 Holgado Catalán S, 63  
 Horga de la Parte JF, 100  
 Huertas Jiménez J, 107  
 Hugé S, 80

## I

Ibor Vidal P, 132  
 Iglesias Bonilla P, 118  
 Iglesias Martínez M, 138  
 Irizar Aramburu MI, 97  
 Izquierdo I, 109  
 Izurdiaga Ilincheta JA, 93

## J

Jané Julió M, 129  
 Jiménez De Gazteñondo M, 139  
 Jiménez Leal R, 65  
 Jiménez Pascua T, 118  
 Jiménez Pulido I, 98  
 Jiménez Sierra L, 123  
 Jodar Gimeno E, 102  
 Juncadella García E, 110, 111  
 Juncosa Font S, 104  
 Juvanteny Gorgals J, 126

## L

Labajos López E, 134  
 Lacasta Tintorer D, 112  
 Laguna Sorinas I, 125  
 Lama Gay M, 42  
 Lapetra Peralta J, 83, 118  
 Leal Cala M, 118  
 Leal Helmling FJ, 98  
 Leis Machín A, 121  
 León Vázquez F, 62, 100  
 Levasseur G, 80  
 Lillo Pérez T, 108  
 Limón Ramírez E, 41  
 Lizarraga Mansoa S, 97  
 Llano Izquierdo M, 128  
 Llano Sánchez A, 117  
 Llarena Rodríguez B, 13  
 Llin Sanz R, 131  
 Llobera Cànaves J, 83  
 Llor Vilà C, 16, 96, 126  
 Llosá J, 131

Lobos Bejarano JM, 100, 101  
 López Aguilà N, 125  
 López Casado M, 107  
 López Gómez V, 132  
 López González M, 129  
 López Jiménez M, 120  
 López Marcos C, 113, 114, 136  
 López Montes A, 112  
 López Plana A, 126  
 López Roig S, 80  
 López de Sá y Areses E, 100  
 López Solana J, 138  
 López-Cortacans G, 141  
 López-Torres Hidalgo J, 111, 120  
 Losa Fernández G, 111  
 Losada M, 127  
 Lou Arnal S, 64  
 Lozano J, 110  
 Lozano Pérez J, 133  
 Luján De Rada HA, 95  
 Lupiáñez F, 121

## M

Macián Cerdá A, 132  
 Macías Sánchez M, 114  
 Madero Jarabo R, 127  
 Maldonado N, 106  
 Manzano García M, 129  
 Mañas Iñesta M, 130  
 Maragall De Gispert C, 136  
 Marconcini C, 115  
 Margalef Pallares F, 108  
 Marí Silva C, 134  
 Martí Grau D, 113  
 Martín Álvarez R, 77  
 Martín Cantera C, 129  
 Martín Fernández J, 78, 86  
 Martín Pérez B, 129  
 Martín Rodríguez M, 130  
 Martín Vegas E, 125  
 Martín Zurro A, 51  
 Martinena Pardial E, 108  
 Martínez Asensio A, 139  
 Martínez Cadenas C, 73  
 Martínez De la Eranueva R, 118  
 Martínez Dueso I, 109  
 Martínez Eizaguirre JM, 97  
 Martínez Fernández ML, 98  
 Martínez Ferrín M, 128  
 Martínez Ibáñez M, 106  
 Martínez Milián J, 123  
 Martínez Sánchez E, 120  
 Martínez Verdasco A, 127  
 Mas Casals A, 15, 116  
 Mas Dalmau G, 116  
 Mas Garriga X, 20, 139  
 Mas Ruiz L, 112  
 Matoses Climent M, 130  
 Matoses Climent MA, 130  
 Matoses Marco V, 140  
 Mauricio Puente D, 114  
 Mayer Pujadas M, 121  
 Maymó Pijoan N, 111  
 Mayoral Sánchez E, 76  
 Mayta Julca O, 126  
 Medina Abellán M, 130  
 Medina Cuenca P, 113, 114, 136

Medina Moreno D, 117  
 Meléndez Gracia A, 93  
 Melús Palazón E, 88  
 Mena González A, 101  
 Menacho Pascual I, 113  
 Menárguez Puche J, 121  
 Mencías H, 130  
 Méndez García M, 105  
 Menem M, 126  
 Mengual Luque P, 96  
 Merino Torres F, 100  
 Mesa Gallardo MI, 98  
 Miguel García F, 29  
 Millán J, 110  
 Mimenza Espizua T, 140  
 Miñarro C, 112  
 Miranda Diez I, 123  
 Mitjavila López J, 106  
 Moldón Garrido V, 138  
 Molero Alfonso C, 106  
 Molés Moliner E, 109  
 Molino González Á, 108  
 Monclús González M, 107, 109  
 Monedero Mira M, 126  
 Monge Sanz Y, 123  
 Montellà Jordana N, 115  
 Montero Alia J, 118  
 Montero González I, 117  
 Montero Piñar I, 37  
 Monteserín Nadal R, 122, 139  
 Montori V, 28, 70  
 Mora Navarro G, 116  
 Moral Peláez I, 122, 139, 141  
 Morales Luna A, 109  
 Morales Rueda A, 130  
 Morena Rayo S, 111  
 Moreno F, 139  
 Moreno Álvarez PF, 69  
 Moreno Bueno M, 108  
 Moreno Carriles RM, 62  
 Moreno Gómez M, 117  
 Moreno Hernández I, 131  
 Moreno López S, 96  
 Moreno Pérez E, 140  
 Moreno Valentín G, 102  
 Morenza Fernández J, 115  
 Moric E, 122  
 Morillas Ruiz J, 100  
 Mori6n Castro M, 135  
 Moya De La Calle M, 129  
 Muñoz M, 127  
 Muñoz Ortiz L, 118, 137  
 Muñoz Sánchez L, 132  
 Muñoz Seco E, 92  
 Murcia Soler M, 113, 119  
 Muriel Patino E, 125  
 Murria J, 109

## N

Nadal Braqué N, 114  
 Naval6n Ramon E, 131  
 Navarro Bravo B, 111  
 Navarro González M, 106  
 Navarro Pérez J, 102  
 Navarro Vidal B, 125  
 Navea Atorrasagasti J, 123  
 Nevot Bueno E, 117

Nieto Caballero S, 123  
 Nieto Pomares M, 105  
 Ni6o Sintés D, 132, 133  
 Novillo M, 108

## O

Ocaña Rodríguez J, 136  
 Ocete Alcalde M, 140  
 Ogalla Vera S, 133  
 Ojeda Gutiérrez R, 117  
 Olarra Albizu M, 140  
 Oliva Fanlo B, 106  
 Ollero Baturone M, 120  
 Oltean D, 126  
 Ormeño Victorero G, 128  
 Orozco Beltrán D, 99, 100  
 Ortega Millán C, 117  
 Ortiz Alinque S, 138  
 Ortiz Camuñez M, 120  
 Ortiz Molina J, 113  
 Ortiz de Lejarazu Leonardo R, 48  
 Ortuño Sierra M, 108  
 Otero Serra X, 113

## P

Pablo Cerezuela F, 89  
 Padial Reyes I, 112  
 Padilla Bernádez J, 133  
 Palau Del Águila A, 131  
 Pallàs Villaronga O, 136  
 Palma Amaro A, 119  
 Palop Larrea V, 37, 119, 130, 140  
 Pardo Remesal M, 115  
 Parent Mathias V, 58  
 Párraga Martínez I, 111  
 Pasamon E, 131  
 Pascual López L, 44  
 Pastor Fuentes A, 102  
 Pastor Mira MA, 80  
 Paterna Mellinas G, 120  
 Pawlikoska T, 80  
 Pedrajas Navas J, 108  
 Pedro Pijoan A, 115  
 Pedro Salazar I, 140  
 Pepió Vilabú J, 141  
 Pera Blanco G, 137  
 Pereñíguez Barranco J, 130  
 Perera Cárdenes V, 55  
 Perestelo Pérez L, 59  
 Pérez Andueza F, 123  
 Pérez Carceles M, 130  
 Pérez Del Molino Cucurny A, 138  
 Pérez Flores L, 115  
 Pérez García E, 109, 129  
 Pérez López P, 123  
 Pérez López S, 134  
 Pérez Milena A, 98  
 Pérez Paramo M, 132  
 Pérez Rivas J, 116  
 Pérez Vicente M, 122, 137  
 Pérula de Torres LA, 83  
 Pettigrew L, 56  
 Pie Ocins M, 122, 137  
 Piles Cabo M, 140  
 Piñol J, 141  
 Piquer Farrés N, 112  
 Plana Blanco A, 70

Planas Mirallas E, 123  
 Plaza Moral V, 127  
 Pons Ruiz A, 132  
 Portoles Polinario A, 115  
 Portuburu Izaguirre M, 115  
 Pou Giménez M, 139  
 Poveda Gómez F, 112  
 Prados Castillejo JA, 61  
 Prats Montmany J, 54  
 Prieto Checa I, 134  
 Prósper Sierra M, 102  
 Puchol Ruiz N, 138  
 Puerta Del Castillo E, 14  
 Puertas Tamayo A, 107  
 Puig Barberà J, 47

## Q

Quero Escalada M, 105  
 Quesada Yáñez E, 135  
 Quintana Cerezal JV, 13  
 Quintanilla Castillo R, 139  
 Quirce Gancedo S, 127  
 Quiroga Alonso V, 120  
 Quiros Bauset C, 83

## R

Rabanaque Mallén G, 126  
 Ramos Martín A, 135  
 Ramos Martín J, 135  
 Ramos-Quiroga J, 141  
 Recasens Oliva E, 133  
 Reche Martínez B, 125  
 Rennie M, 126  
 Reyes Reyes C, 122, 139  
 Ribera Osca J, 130  
 Riera Cervera M, 139  
 Rincón Rodríguez F, 112  
 Ríos Valles L, 108  
 Ripoll Pons M, 117  
 Rius Riu F, 114  
 Rivas Del Valle P, 140  
 Rivas Pérez A, 115  
 Rivero Franco I, 116  
 Rivero García S, 119  
 Rivero Morcillo A, 107  
 Rivero Morcillo N, 107  
 Roa Santervás L, 105  
 Roca Navarro M, 111  
 Rodríguez C, 80  
 Rodríguez Álvarez R, 134  
 Rodríguez Badia A, 141  
 Rodríguez Barrientos R, 106  
 Rodríguez Casado F, 125  
 Rodríguez Espinosa A, 106  
 Rodríguez Gómez S, 123  
 Rodríguez González L, 137  
 Rodríguez Martínez M, 104  
 Rodríguez Navarro V, 75  
 Rodríguez Ramírez C, 105  
 Rodríguez-Arias Palomo J, 118  
 Roman Torres P, 118  
 Romero Aroca P, 99  
 Ros Bertomeu M, 125  
 Roselló Forteza C, 42

Rotaache Del Campo R, 27, 105  
 Roure E, 112  
 Rubio González M, 17  
 Rubio Toledano L, 113  
 Rubira López D, 121  
 Ruiz C, 126  
 Ruiz Bueno MP, 95  
 Ruiz Gómez P, 134  
 Ruiz Lavela F, 130  
 Ruiz Marín S, 114  
 Ruiz Martín S, 136  
 Ruiz Moral R, 58  
 Ruiz Peña M, 136  
 Ruiz Sánchez M, 110  
 Ruiz Téllez Á, 32, 118  
 Rus Calafell M, 122, 137  
 Ruz Casaus M, 107  
 Ruz Franzí I, 96

## S

Saavedra Ruiz AM, 43  
 Sabaté Cintas V, 138  
 Sabaté Lissner D, 135  
 Sáenz Del Castillo M, 125  
 Sagarra Álamo R, 99  
 Saiz Morón A, 105  
 Salas Hospital J, 106  
 Salazar De Tena J, 125  
 Salvà Siquier A, 106  
 Sánchez Amo L, 105  
 Sánchez Castillo P, 116  
 Sánchez Martín I, 114  
 Sánchez Niño V, 136  
 Sánchez Pérez J, 119  
 Sánchez Ramón S, 129  
 Sánchez Sánchez J, 121  
 Sanchís Doménech C, 99, 113  
 Sancho Panero E, 26  
 Sanfélix Genovés J, 19  
 Santana Prieto I, 104  
 Santandreu García C, 132  
 Sanz Hernández L, 140  
 Sarmiento Cruz M, 13  
 Sarsanedas Castellanos E, 136  
 Sayago Soto M, 119  
 Schweyer F, 80  
 Sebastián Montal L, 108  
 Segura Borrás R, 132, 133  
 Segura Marín F, 104  
 Segura Roca À, 136  
 Segura Roca G, 136  
 Sellarès Sallas J, 122  
 Sempere Verdú E, 38  
 Serrano Sánchez B, 119  
 Serrato Villa M, 108  
 Simó Miñana, 35  
 Sirur-Flores Bates MA, 55  
 Sitjar Martínez De Sas S, 109, 113  
 Solà Arnau I, 116  
 Solà Muñoz S, 110, 111  
 Solanas Saura P, 91  
 Soldado Matoses M, 113  
 Soler i Solé N, 110  
 Soler Torró JM, 14

Solís Sola M, 120  
 Soriano Palacios N, 141  
 Sosa Díaz-Saavedra C, 128  
 Spangler U, 105  
 Spencer S, 80  
 Suárez E, 129, 139  
 Suárez Varela Ubeda J, 102

## T

Tamayo Ojeda C, 104  
 Tejedor Varillas A, 19  
 Tejero López P, 115  
 Tellechea Nicolarena T, 114  
 Tellier P, 80  
 Terrón J, 121  
 Tomás Aguirre F, 104  
 Torán Monserrat P, 137  
 Torregrosa Guillamón A, 116  
 Tranche Iparraguirre S, 69  
 Tregón Moliner J, 133  
 Trenor Gomis C, 140  
 Trillo Mata JL, 102  
 Turmo Tristán N, 122, 137

## U

Unanue Ortega A, 123

## V

Valiño López M, 115  
 Vallejo Domingo A, 112  
 Vallejo Sánchez-Monge P, 116  
 Valencia Valencia P, 93  
 Valsera Robles A, 107, 109  
 Valverde Romera M, 120  
 Vaquerizo García D, 93  
 Vázquez Senan À, 141  
 Vázquez Morocho J, 139  
 Vega Gutiérrez P, 107  
 Vega Quirós C, 133  
 Veiga Vázquez A, 115  
 Velázquez Pantoja P, 116  
 Vélez de Medizabal Pérez A, 140  
 Vergara Pardo V, 132  
 Vicente Aisa M, 135  
 Vicente González E, 129  
 Vidal Tolosa A, 114  
 Vilaseca Llobet J, 106  
 Vilert Garrofa E, 104  
 Villanueva Guerra A, 113, 114  
 Villanueva Pérez V, 132  
 Villar Balboa I, 128  
 Vinyoles Bargalló E, 101  
 Violan M, 112  
 Vitale G, 110  
 Vivas Maiques C, 140

## W

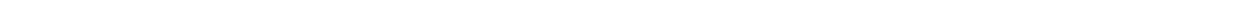
Whitehead I, 80

## Z

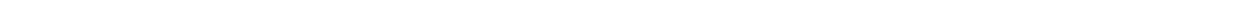
Zurilla Leonarte E, 118  
 Zuzuárregui Gironés M, 113

# Notas













---

---

