



# 31

**Congreso de la Sociedad Española  
de Medicina de Familia y Comunitaria**

8, 9 y 10 de junio de 2011

Auditorio - Palacio de Congresos de Zaragoza

**UNA MIRADA DISTINTA**

**III Congreso Subregional de Península Ibérica  
de la Región WONCA Iberoamericana-CIMF**

10 de junio de 2011

*Zaragoza*

**PROGRAMA FINAL  
LIBRO DE COMUNICACIONES**


[www.semfyec.es/zaragoza2011](http://www.semfyec.es/zaragoza2011)



**semFYC**  
Sociedad Española de Medicina  
de Familia y Comunitaria



© 2011 Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria  
Diputació, 320  
08009 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, comprendida la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito del titular del *copyright*.

ISBN: 978-84-15037-08-8

# Índice

Comité Organizador.....	5
Comité Científico .....	5
31.º Congreso de la semFYC.....	6
Zaragoza 2011. Una mirada distinta.....	7
Decálogo de sostenibilidad.....	8
Índice por temas.....	9
Descripción de las actividades científicas .....	11
– Mesas .....	12
– Mesas de programas y secciones semFYC .....	40
– Debates.....	54
– Actualizaciones.....	68
– Resultados de investigación innovadores en Atención Primaria .....	73
– Foro de investigación.....	76
– Aula docente.....	81
– Talleres clínicos interactivos.....	83
– Talleres de habilidades.....	84
– Encuentros con expertos y otras actividades.....	89
– Comunicaciones orales.....	94
– Comunicaciones póster.....	122
Información adicional sobre actividades científicas / Premios .....	160
Actividades semFYC.....	162
VIII Jornadas Nacionales de Medicina de Familia y Comunitaria para Estudiantes de Medicina...	163
III Congreso Subregional de la Península Ibérica de la Región Wonca Iberoamericana-CIMF.....	164
III Congreso semFYC Second Life de Medicina de Familia y Comunitaria.....	166
Actividad con la población.....	167
Encuentros sociales .....	169
Información general.....	170
Patrocinadores y colaboradores .....	172



## Comité Organizador

### Presidenta

Marisa Samitier Lerendegui

### Vicepresidente

Javier Marzo Arana

### Enlace semFYC

José Luis Cañada Millán

### Vocales de la Sociedad Aragonesa de MFyC

Belén Benedé Azagra

Etel Carod Benedico

Mercedes Eguiluz López

Jonatan Fortit García

M.<sup>a</sup> Pilar Marcos Calvo

Isabel Monreal Aliaga

Javier Perfecto Ejarque

Carmen Quintana Velasco

M.<sup>a</sup> Antonia Sánchez Calavera

### Vocales de otras sociedades federadas

Francisco Extremera Montero (*Soc. Andaluza de MFyC*)

Gemma Alejandre Lázaro (*Soc. Castellano-Manchega de MFyC*)

Juan Antonio Cordero Torres (*Soc. Extremeña de MFyC*)

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

## Comité Científico

### Presidenta

Cruz Bartolomé Moreno

### Vocales de la Sociedad Aragonesa de MFyC

M.<sup>a</sup> Pilar Astier Peña

Lourdes Clemente Jiménez

Luis Gimeno Feliu

Rafael Gómez Navarro

Sara Guillén Lorente

Teo Lorente Aznar

Rosa Magallón Botaya

Elena Melús Palazón

M.<sup>a</sup> Carmen Sánchez-Celaya del Pozo

Santiago Valdearcos Enguídanos

### Vocales de otras sociedades federadas

Beatriz Pascual de la Pisa (*Soc. Andaluza de MFyC*)

Óscar Veiras del Río (*Soc. Asturiana de MFyC*)

Antonio Alberto León Martín (*Soc. Castellano-Manchega de MFyC*)

Ángel Matía Cubillo (*Soc. Castellano y Leonesa de MFyC*)

Eduardo Olano Espinosa (*Soc. Madrileña de MFyC*)

Antonio Brugos Larumbe (*Soc. Navarra de MFyC*)

Carmen Martínez Cervell (*Soc. Riojana de MFyC*)

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

Rafael Rotaeché del Campo (*Soc. Vasca de MFyC*)

## 31.º Congreso de la semFYC

Hace algo menos de un año que las compañeras del Comité Organizador de Zaragoza me entregaban un caleidoscopio, ese juguete de infancia que permite ver la realidad replicada, rica en colores y brillante. Ya entonces, nos estaban dando una herramienta para aprender a ver la realidad con una mirada distinta.

Cuando hablamos de semFYC, hablamos de lo que a nuestro entender reflejan los anhelos y las preocupaciones de las personas que formamos parte de ella, hablamos de las inquietudes de los 20.000 médicos de familia de las 17 Sociedades Federadas que componemos la semFYC.

El modelo biopsicosocial de la Medicina de Familia y la Atención Primaria está más vivo que nunca, y puede dar respuesta a los retos de la crisis y a las desigualdades que puedan surgir en salud. Así, la Prevención, la promoción de la salud, las actividades comunitarias, la intervención familiar y social, la dependencia y sobre todo el abordaje de la cronicidad son retos que la Atención Primaria está capacitada para responder, si se dedican medios para aumentar su resolución. El objetivo final no es potenciar la Atención Primaria, sino que el individuo vuelva siempre a la comunidad, y hacer que el paciente sea responsable de su enfermedad.

Fruto de nuestras preocupaciones con respecto al Sistema han nacido los distintos documentos que la semFYC ha publicado ya en los últimos años: *Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, una visión desde la Atención Primaria*, *Copago, un análisis desde la evidencia*, *Desburocratización de las consultas de Atención Primaria*, *Mejora de la gestión de la incapacidad temporal* y otros. Además, hemos buscado el consenso con nuestros colegas europeos (WONCA) en la declaración de Málaga 2010, en la que firman más de 44 Sociedades Científicas de Medicina de Familia europeas, y también en la reciente declaración de Sevilla sobre pacientes crónicos, auspiciada por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la semFYC, cuyos acuerdos fueron secundados por 30 Sociedades Científicas Españolas y por las 17 Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas, además del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. No, no estamos solos en nuestro empeño.

Un año después de ver la realidad a través de un caleidoscopio, llegamos aquí con la mirada puesta en todos los caminos recorridos, en todos los retos presentes y futuros, y en la visión internacional, pues también celebramos el III Congreso Subregional de Península Ibérica de la Región Wonca Iberoamericana-CIME. En definitiva, con la mirada puesta en esta actividad, la más importante que la semFYC celebra anualmente en número de participantes, y que estamos convencidos que será nuevamente un éxito.

En este Congreso, seguimos centrando la mirada en todos estos aspectos propios de nuestra especialidad, poniendo el foco en las patologías crónicas, en los estilos de vida saludables, en las desigualdades sociales en salud, en las nuevas tecnologías en la consulta, en la ética, en la troncalidad y en tantísimos otros temas que nos conciernen en nuestro día a día.

Nuestro agradecimiento a los Comités Científico y Organizador por su excelente labor, su compromiso y su esfuerzo; a la Sociedad Aragonesa, por su apoyo y su trabajo para hacer de este Congreso una actividad memorable y a las Sociedades Federadas por su implicación y su acogida a este evento. Nuestro reconocimiento también a la labor incansable de nuestros grupos de trabajo y programas, que realizan el diseño y desarrollo de la mayor parte de la actividad científica que se presenta en este Congreso.

Este no es tiempo de mirar al pasado, sino de avanzar. Debemos encarar el futuro con creatividad e imaginación para afrontar los nuevos retos que tenemos sobre la mesa los profesionales de la Medicina de Familia y Comunitaria. Una mirada distinta hacia el futuro es necesaria.



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

## Zaragoza 2011. Una mirada distinta

Estimados colegas:

Estamos ya contando los días que nos quedan para encontrarnos en el 31.º Congreso de la semFYC y el III Congreso Subregional de la Península Ibérica de la Región Wonca Iberoamericana. Tenemos ganas de mostraros el trabajo que durante dos años hemos preparado para todos vosotros y con muchos de vosotros.

Veremos con una mirada distinta las situaciones habituales de la práctica diaria, como cuando estamos de guardia o atendiendo a nuestros ancianos, o cuando intentamos entender desigualdades o explicar a nuestros pacientes cómo modificar estilos de vida no saludables; para cambiar el prisma y verlo desde la ética y la seguridad. También para innovar en la consulta y en la formación.

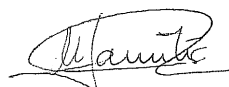
Pero también queremos una mirada distinta con un evento sostenible, acreditado, con las últimas innovaciones, en el que todos tengan cabida y podamos encontrarnos.

Y no queremos olvidar nuestra faceta comunitaria, desde la semFYC y especialmente la SAMFYC, estamos apostando por las actividades de promoción de la salud y estilos de vida saludables desde hace años. En la mayoría de los eventos reservamos algunas actividades de promoción de la salud con la población. Este año, en el 31.º Congreso de nuestra Sociedad en Zaragoza, hemos diseñado una actividad para escolares zaragozanos para promocionar hábitos alimenticios saludables y de ejercicio físico.

Queremos agradecer el soporte institucional por parte de la semFYC, el apoyo incondicional por parte de las sociedades federadas colaboradoras. No podemos olvidar el papel fundamental de los grupos de trabajo, de los ponentes y de los propios congresistas que dais forma a este congreso con vuestras aportaciones científicas. Y por último, agradecer a nuestras familias su apoyo.

Sólo faltáis vosotros, y os estamos esperando ya.

¡Bienvenidos a Zaragoza! ¡Bienvenidos a vuestro Congreso!



**Marisa Samitier Lerendegui**  
*Presidenta del Comité Organizador*



**Cruz Bartolomé Moreno**  
*Presidenta del Comité Científico*

# Decálogo de sostenibilidad

## ¿Qué es un congreso sostenible?

La organización de un congreso implica siempre una huella ecológica, un impacto sobre el entorno producido por los recursos empleados para su desarrollo; reducir su impacto es posible realizando una gestión eficiente y sostenible.

Un congreso se considera sostenible si es diseñado, organizado y se celebra teniendo en cuenta los principios de la sostenibilidad, con un énfasis especial en los aspectos ambientales y sociales, utilizando el menor número posible de recursos naturales, minimizando los residuos generados y la protección de la biodiversidad y de la salud humana.

## ¿Por qué un congreso sostenible?

- Porque las cosas se pueden hacer de otra manera.
- Porque contribuir con el ejemplo es demostrar el compromiso de nuestra Sociedad con la cultura de la sostenibilidad.
- Porque el esfuerzo individual conlleva al bienestar general con:
  - Beneficios ambientales: menor consumo de energía y de agua, menor generación de residuos, reducción de las emisiones de contaminantes a la atmósfera, etc.
  - Beneficios económicos: disminución de costes de materias primas y recursos.
  - Beneficios sociales: mejora de la imagen de semFYC, favorece la colaboración con empresas locales y/o sociales que apuesten por procesos de autogestión, comercio justo, y empresas solidarias o de inserción sociolaboral y que practiquen la equidad y la ecología).

## ¿Cómo hacemos más sostenible nuestro congreso?

Desde el Comité Organizador hemos tenido en cuenta algunos aspectos de especial incidencia ambiental e introducir criterios ambientales en la toma de decisiones con el fin de escoger siempre la opción más sostenible o ambientalmente correcta por lo que hemos introducido algunas iniciativas sencillas para que entre todos podamos hacer nuestro Congreso sea más respetuoso con el medio ambiente y sostenible social y económicamente:

...hemos reducido el consumo de **papel**, que será **reciclado**, a favor de los soportes virtuales: te daremos la documentación en un *pen-drive*, pósteres en formato virtual...

...la **bolsa** del Congreso es de algodón natural, serigrafiada con tinta ecológica sin tóxicos, de fácil reciclaje en su etapa «fin de uso» y producida por una empresa social local que tiene en cuenta a las personas, la economía solidaria, el medioambiente y el desarrollo sostenible.

...hemos **minimizado** los residuos, y su recogida permitirá su reciclaje posterior.

...podrás degustar el **café del Comercio Justo** (es un proceso de intercambio de productos que, respetando la naturaleza, busca repartir equitativamente los esfuerzos y los beneficios entre los distintos actores) y almuerzos cardiosaludables con productos de la zona.

... hemos elegido una ubicación céntrica y bien comunicada con **transporte público**.

... hemos organizado un evento paralelo con escolares aragoneses donde fomentaremos la alimentación sana y el ejercicio físico en colaboración con organizaciones sociales y diversas ONG (**Comunidad**).

**¡Queremos que el 31.º Congreso de la semFYC sea más SOSTENIBLE!**

## ¿TE APUNTAS?



- Reduce, reutiliza y recicla
- Utiliza el transporte público para venir y para moverte por Zaragoza
- Controla el consumo de agua en tu alojamiento



# Índice por temas

Actos de inauguración y de clausura .....	11
<b>Mesas</b>	
1. Objetivos terapéuticos distintos en el tratamiento de patologías crónicas en el anciano.....	12
2. Estilos de vida para una espalda sana: Pilates, taichi, ejercicio físico .....	15
3. Desigualdades sociales en salud.....	20
4. Mejorando la seguridad del paciente en Atención Primaria .....	26
5. Ética de la relación entre niveles asistenciales.....	30
6. Nuevas tecnologías en la consulta: telemonitorización, psicoterapia por ordenador.....	34
7. Innovación en Atención Primaria .....	37
<b>Mesas de programas y secciones semFYC</b>	
Mesa PAPPS.....	40
Mesa PACAP. ¿Innovando en salud comunitaria? .....	41
Mesa AMF. Toda la vida se ha hecho así .....	45
Mesa Entrevista Clínica. Pasado, presente y futuro del Grupo/Programa Comunicación y Salud.....	48
Mesa Vasco da Gama. La medicina de familia sin fronteras.....	51
Mesa 25.º aniversario de la revista <i>Atención Primaria</i> . Una revista para la Atención Primaria del futuro.....	52
<b>Debates</b>	
1. Troncalidad: de sus oportunidades y fortalezas para la Medicina de Familia.....	54
2. Me voy al dentista: ¿antibiótico como prevención o como tratamiento? .....	56
3. Conflictos en la consulta: ¿buscamos soluciones éticas o respuestas legales?.....	59
4. ¿Qué recursos de MBE deben ser facilitados desde los servicios de salud al médico de familia?.....	61
5. ¿Por qué de repente importa tanto el paciente crónico?.....	65
<b>Actualizaciones</b>	
Actualización 1. Nuevas recomendaciones en soporte vital y RCP, ILCOR 2010 .....	68
Actualización 2. Ética y muerte digna .....	71
Resultados de investigación innovadores en Atención Primaria.....	73
<b>Foro de investigación</b>	
Mesa 1. Buscando compañeros de viaje .....	76
Mesa 2. Investigando sobre la investigación en Atención Primaria .....	76
Taller 1. Factor de impacto y publicaciones científicas .....	79
Taller 2. Cómo poner en marcha un ensayo clínico y no morir en el intento .....	80
<b>Aula docente</b>	
Mesa 1. Unidades docentes multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria.....	81
Foro docente. Aportaciones y estrategias en el desarrollo de la formación del Grado en Medicina.....	81
Taller 1. Metodología docente: de la guía a la presentación .....	82
Taller 2. La seguridad del paciente: una competencia básica para los residentes de MFyC .....	82
<b>Talleres clínicos interactivos</b>	
TCI 1. Abordaje sindrómico de enfermedades tropicales según procedencia geográfica.....	83
TCI 2. Casos interactivos dermatológicos de interés en Atención Primaria .....	83
<b>Talleres de habilidades</b>	
<b>Talleres de 2 h</b>	
TH2.01. Abordaje del deseo sexual hipoactivo en la consulta de Atención Primaria. ¿Te atreves? .....	84
TH2.02. Abordaje práctico de la patología del pie más frecuente en Atención Primaria .....	84
TH2.03. Abordaje práctico de la obesidad en Atención Primaria.....	84
TH2.04. Intervención neuroreflejo-terápica en Atención Primaria .....	85

<b>Talleres de 4 h</b>	
TH4.01. Habilidades de <i>coaching</i> para médicos .....	85
TH4.02. Utilidades de la ecografía en la patología de hombro y rodilla .....	85
TH4.03. ¿Dónde están los pacientes y las prácticas de riesgo en Atención Primaria? .....	85
TH4.04. Cómo dar un consejo de salud en la consulta .....	86
<b>Talleres informáticos</b>	
Taller informático 1. Herramientas en la red de apoyo a la consulta .....	86
Taller informático 2. Otra forma de aprender y enseñar. Cuando la distancia no es un problema. El aprendizaje en entornos virtuales .....	86
<i>Gymkhana</i> de Urgencias.....	87
<b>Taller Drumteam</b>	
Un equipo de salud con ritmo: actividad rítmico-emocional .....	88
<b>Encuentros con expertos y otras actividades</b>	
<b>Miércoles, 8 de junio</b>	
Curso precongreso. Curso en nutrición clínica en el ámbito comunitario.....	89
Encuentro con expertos 1. Cuenta atrás para los nuevos anticoagulantes en fibrilación auricular .....	89
Encuentro con expertos 3. Aspectos clave en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.....	89
Sesión práctica 1. El rol de los análogos de GLP-1 en el tratamiento de la diabetes .....	90
Encuentro con expertos 2. El seguimiento de los pacientes con fibrilación auricular: un objetivo compartido .....	90
Reflexión en temas de actualidad. La obesidad aquí y ahora. Nueva evidencia en el tratamiento de la obesidad / Estudio Prokal .....	90
<b>Jueves, 9 de junio</b>	
Sesión práctica 2. Actualización en el manejo de la hiperplasia benigna de próstata.....	91
Sesión práctica 3. Cuándo, por qué y con qué insulinar. Manejo de dispositivos .....	91
Sesión práctica interactiva. Sesión práctica interactiva: insulinización.....	91
Encuentro con expertos 4. Dislipemia en el diabético. Una situación frecuente en la consulta de Atención Primaria .....	91
Sesión práctica 4. Del ECG al ecocardiograma: taller interactivo basado en casos clínicos .....	92
<b>Viernes, 10 de junio</b>	
Presentación: Gestión clínica. Continuidad asistencial entre unidades de gestión clínica: una organización que mejora la asistencia a los enfermos crónicos .....	92
Presentación: Meningitis. Meningitis: manejo y vacunación .....	92
Sesión práctica 5. Artrosis y osteoporosis: en busca de intervenciones eficaces .....	93
<b>Comunicaciones orales</b> .....	94
<b>Comunicaciones póster</b> .....	122
<b>Actividades semFYC</b>	
Presentación 1. Presentación EPOC. Reto en EPOC .....	162
Presentación 2. La relación actual del paciente pluripatológico con el médico de familia.....	162
Presentación 3. Evaluación de la salud cardiovascular y conductas preventivas de los médicos de Atención Primaria en España: estudio CHABS.....	162
Asamblea y reuniones .....	162
<b>VIII Jornadas Nacionales de Medicina de Familia y Comunitaria para Estudiantes de Medicina</b> .....	163
<b>III Congreso Subregional de la Península Ibérica de la Región Wonca Iberoamericana-CIMF</b> .....	164
<b>III Congreso SemFYC Second Life de Medicina de Familia y Comunitaria</b> .....	166

# Descripción de actividades científicas

## Actos de inauguración

Miércoles, 8 de junio  
Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Mozart

### Conferencia inaugural

*El impacto de la crisis en la salud y calidad de vida de nuestras poblaciones*  
19.15-20.00 h

#### Vicenç Navarro

*Catedrático de Economía Aplicada en la Universidad de Barcelona y de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Pompeu Fabra (Barcelona). Profesor de Políticas Públicas en The Johns Hopkins University (Baltimore, EEUU). Director del Programa en Políticas Públicas y Sociales patrocinado conjuntamente por la Universidad Pompeu Fabra y The Johns Hopkins University y director del Observatorio Social de España.*

### Resumen

La presentación analizará cómo las crisis financiera y económica actuales están afectando la salud y la calidad de vida de las poblaciones, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo subdesarrollado, subrayando el enorme incremento de las desigualdades sociales, tanto entre diferentes países como dentro de cada país, y su impacto en el bienestar social de las poblaciones.

### Inauguración institucional

20.00-20.45 h

## Actos de clausura

Viernes, 10 de junio  
Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Mozart

### Entrega de premios

17.30-18.00 h

Véase relación de premios en pág. 161.

### Clausura institucional

18.00-19.00 h

# Mesas

## MESA 1

### Objetivos terapéuticos distintos en el tratamiento de patologías crónicas en el anciano

Viernes, 10 de junio / 12.00-14.00 h

Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Mozart

#### Moderadora:

M.<sup>a</sup> Carmen Sánchez-Celaya del Pozo

Médico de familia. CS Alcorisa. Teruel. Responsable de docencia para AP del Sector Alcañiz (Teruel) y de la SAMFYC.

#### Ponentes y contenido:

##### 1. Aspectos del tratamiento de la artrosis en el anciano

Fernando León Vázquez

Médico de familia. CS San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón, Madrid. Miembro del GdT Enfermedades Reumatológicas de la semFYC. Coordinador del GdT Lex Artis de la SoMaMFyC.

##### 2. Abordaje de la HTA en el anciano: ¿igual que en los pacientes más jóvenes?

Mèncià Benítez Camps

Médico de familia. CAP Gòtic. Barcelona. Miembro del GdT Hipertensión Arterial de la semFYC y de la CAMFiC.

##### 3. Diabetes en el anciano: ¿los mismos objetivos?

José Manuel Millaruelo Trillo

Médico de familia. CS Torrero La Paz. Zaragoza. Miembro de la redGDPS Aragón.

## Resumen

La terapéutica farmacológica es la más común e importante en la asistencia al anciano. La polimedicación, las características físicas y metabólicas del anciano y la interacción que pueden producir entre sí las diferentes prescripciones, hacen que en este grupo de pacientes donde la medicación tiene una gran potencialidad de beneficio sea también el grupo donde pueden aparecer más complicaciones derivadas de la yatrogenia y de las interacciones medicamentosas.

Los cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento pueden alterar la farmacocinética y la farmacodinámica, más aún si se trata de un anciano frágil. Dichos cambios deben ser tenidos en cuenta en el momento de indicar un fármaco, o retirarlo, y reevaluarlos cuando se altera el estado del paciente debido a situaciones que pueden acentuar las consecuencias de dichos cambios (nivel de hidratación, nutrición, patologías asociadas).

El objetivo aquí es valorar la prescripción farmacológica en patologías tan prevalentes en ancianos como la diabetes, la hipertensión arterial y la artrosis que son las que, en un porcentaje alto, inducen a un elevado consumo de fármacos en estos pacientes.

### Aspectos del tratamiento de la artrosis en el anciano

F. León Vázquez

Durante mucho tiempo, la artrosis ha sido la «enfermedad degenerativa de las articulaciones» por antonomasia. Sin

embargo, cada uno de los términos de esta afirmación debe matizarse:

- «Una enfermedad»: Cada vez está más claro que no se trata de una sola enfermedad, sino de un síndrome con diferentes etiologías, dada la distinta evolución de la espondiloartrosis, la artrosis de las articulaciones de los dedos, la artrosis de las articulaciones de carga o la artrosis secundaria a traumatismos repetidos de miembros superiores. Ello justifica un abordaje independiente para cada una de las formas clínicas de artrosis.
- «Degenerativa»: La degeneración es sólo uno de los fenómenos fisiopatológicos presentes en la articulación. También se presentan, al menos temporalmente, fases de inflamación sinovial, que producen derrame articular. Tanto es así que la terminología anglosajona para esta enfermedad prefiere el término «osteoartritis» para referirse a esta enfermedad, haciendo hincapié en la inflamación de la membrana sinovial.
- «De las articulaciones»: No sólo afecta a la articulación (espacio articular, membrana sinovial y cartílago), aunque sí inicialmente y de manera predominante. También se altera el hueso subyacente, provocando geodas subcondrales y osteofitos periarticulares, y los tendones y músculos periarticulares, con retracciones y tendinitis (cabe pensar, por ejemplo, en la tendinitis anserina asociada a la gonartrosis). Sin embargo, no existe afectación de otros órganos y aparatos, al contrario de lo que ocurre en otras enfermedades articulares inflamatorias (p. ej., artritis reumatoide).

Sería una definición más adecuada de artrosis «el conjunto de enfermedades con fases degenerativas e inflamatorias que afecta a la articulación y estructuras periarticulares»; o bien el «grupo heterogéneo de enfermedades que conducen a síntomas y signos articulares que se asocian con defectos en la integridad del cartílago articular, además de cambios relacionados con el hueso subcondral y márgenes articulares» (*American College of Rheumatology*).

### ¿Enfermedad o envejecimiento normal?<sup>1</sup>

El envejecimiento normal ocasiona la pérdida de las características de la matriz del cartílago articular y de los condrocitos, convirtiéndose en un determinante para desarrollar artrosis. Pero sólo es un factor de riesgo: su conjunción con otros factores como obesidad, condicionamientos anatómicos, sobrecarga articular, traumatismos y factores genéticos desembocará en la artrosis.

### ¿Qué es la «inercia terapéutica» en artrosis?<sup>2</sup>

La inercia terapéutica es la tendencia de un profesional sanitario a no introducir una medida terapéutica eficaz, o a no incrementar las que ya están implantadas, cuando existe indicación clínica para hacerlo. Es un fenómeno estudiado por primera vez en enfermedades crónicas como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus. Al ser la artrosis una enfermedad que puede producir morbilidad, sobre todo incapacidad y dolor, pero no afecta a la mortalidad, el médico tiende a infravalorar su importancia y no hace un abordaje integral. La inercia puede estar también provocada por el paciente, a menudo el anciano entiende como «normal para su edad» el sufrir dolor, o tener limitaciones, sin que quiera comentarlo al médico porque no cree que sea posible hacer nada por mejorar.

La postura contraria es la proactiva, que consiste en realizar un abordaje terapéutico integral, que incluya unos objetivos concretos de eliminación (o al menos disminución) del dolor, mejoría de la movilidad articular y conservación de la capacidad funcional. Para alcanzar estos objetivos será ne-

cesario que utilice técnicas de educación para la salud, medidas no farmacológicas y farmacológicas, inclusive la opción de las medidas quirúrgicas, cuando estén indicadas.

### ¿Son útiles las medidas no farmacológicas?<sup>3,4</sup>

No todas las medidas no farmacológicas han demostrado eficacia clínica. Las que han resultado más efectivas son la educación, el ejercicio, la pérdida de peso y las técnicas de electroestimulación nerviosa (TENS). No han demostrado eficacia en metaanálisis, la acupuntura o la balneoterapia.

### ¿Siempre paracetamol?<sup>3,4</sup>

El paracetamol figura en primer lugar en las guías clínicas para el tratamiento de la artrosis, por su buen perfil de seguridad y eficacia en el control del dolor leve o moderado. Es especialmente útil en ancianos con polifarmacia, debido a sus escasas interacciones farmacológicas. La dosis más efectiva es la de 2-4 g diarios. En casos más severos de dolor o para las fases inflamatorias existen alternativas más efectivas.

### ¿Qué aportan los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y los COXIB?<sup>5</sup>

Los antiinflamatorios serían una alternativa al paracetamol en aquellos ancianos con artrosis en quienes no se controla el dolor o durante las fases inflamatorias. Su seguridad cardiovascular se ha puesto en entredicho tras la retirada del mercado del rofecoxib. Se trata de un riesgo común a todos los AINE, aunque el naproxeno es el de mejor perfil de seguridad cardiovascular. También aumenta el riesgo de sangrado digestivo; en este caso los inhibidores selectivos de la inhibición de la ciclooxigenasa 2 (celecoxib, etoricoxib...) presentan, frente a los AINE clásicos, mejor perfil de seguridad digestiva con la misma eficacia antiinflamatoria. La principal limitación de uso es su precio más elevado.

### ¿Son útiles los SYSADOAS?<sup>6</sup>

Son fármacos de acción lenta y efecto sintomático para la artrosis (*SYmptomatic Slow Acting Drugs for Osteo Arthritis*) han demostrado un efecto positivo de pequeña magnitud en el alivio del dolor de la artrosis, sin apenas efectos secundarios. No han podido demostrar entretencimiento de la progresión ni cambios en la evolución natural de la enfermedad. Los fármacos disponibles son el condroitín sulfato, glucosamina, diacarina y ácido hialurónico, este último de uso intraarticular. La combinación de varios de estos fármacos no parece aportar beneficios adicionales frente a su uso por separado.

### Referencias bibliográficas

1. Shane Anderson A, Loeser RF. Why is osteoarthritis an age-related disease? *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010 Feb; 24(1):15-26.
2. Tejedor A. May an intervention on clinical inertia impact on the perception of pain, functionality and quality of life by patients with hip and/or knee osteoarthritis? : Results from a cluster randomized trial. *Atención Primaria* (en prensa).
3. Zhang W. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2005;64: 669-81.
4. Pendleton A. EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2000;59:936-44.
5. Trelle S. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. *BMJ*. 2011;342:c7086.
6. Wandel S. Effects of glucosamine, chondroitin, or placebo in patients with osteoarthritis of hip or knee: network meta-analysis. *BMJ*. 2010;341:c4675.

### Abordaje de la HTA en el anciano: ¿igual que en los pacientes más jóvenes?

M. Benítez Camps

La prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) es muy elevada en los pacientes ancianos. Entre un 50 y un 75 % de los mayores de 65 años desarrollará HTA<sup>1</sup>. Además, es conocida la relación entre la HTA y los episodios cardiovasculares (ECV).

Al abordar la HTA en los pacientes ancianos, hay que tener en cuenta varias características:

- 1) La mayor dificultad de control, sobre todo del componente sistólico, al existir mayor rigidez arterial, debido a la pérdida de elasticidad y a la disfunción endotelial<sup>2</sup>.
- 2) La mayor prevalencia de hipotensión ortostática, debido a alteraciones en los barorreceptores.
- 3) Una elevada prevalencia de polifarmacia, que favorecerá las interacciones farmacológicas, con un mayor riesgo de efectos secundarios.

### ¿Cuáles son los objetivos de control para estos pacientes?

Hasta el momento, las guías de práctica clínica<sup>1,3</sup> no establecían diferencias entre los pacientes ancianos y aquellos más jóvenes en cuanto a los objetivos de control se refería; y las cifras de presión arterial (PA) eran inferiores a 140 y 90 mmHg e incluso en algunos casos más bajas<sup>3</sup>.

Ogihara et al. evaluaron en un ensayo clínico<sup>4</sup> si existían beneficios con un control estricto de la HTA en pacientes mayores de 70 años con hipertensión sistólica aislada (HSA) y no encontraron diferencias en la presentación de ECV o en la mortalidad total.

La revisión de la guía europea de hipertensión en el año 2009<sup>5</sup> sigue estableciendo los mismos objetivos de control sin tener en cuenta la edad; tampoco se establecen diferentes objetivos de control en la guía canadiense del 2010<sup>6</sup>; y en cambio, parece ser que la próxima guía NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*), aún no publicada, sí establecerá un objetivo de control de menos de 150 y 90 mmHg en mayores de 80 años, apoyándose en estudios como el HYVET<sup>7</sup> (*Hypertension in the Very Elderly Trial*).

### ¿Supone algún beneficio el tratamiento farmacológico de la HTA en el paciente anciano? Y si es así, ¿cuándo se debe empezar el tratamiento farmacológico?

Durante mucho tiempo han existido dudas de si realmente suponía algún beneficio el tratamiento de la HTA en los pacientes ancianos.

Algunos estudios recientes, como el HYVET<sup>7</sup>, publicado en 2008, y una revisión de la Biblioteca Cochrane<sup>8</sup>, publicada en 2009, han demostrado que sí que resulta beneficioso. Así, en el estudio HYVET<sup>7</sup>, con el tratamiento con diuréticos y inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) se reducía tanto la morbilidad cardiovascular como la mortalidad por cualquier causa; mientras que en la revisión Cochrane<sup>8</sup>, en los pacientes entre 60 y 80 años que habían recibido tratamiento farmacológico, se reducía la morbimortalidad vascular, sobre todo a expensas de la enfermedad cerebrovascular y también la mortalidad total. En los mayores de 80 años, sólo se reducía la morbimortalidad de causa cerebrovascular. También se puso de manifiesto en esta revisión que a mayor edad, mayores eran los abandonos debidos a los efectos secundarios producidos. Entonces, ¿cuándo iniciar el tratamiento farmacológico? En la guía europea<sup>5</sup> se establece la necesidad de iniciarlo cuando las cifras de PA sean superiores a 140 y 90 mmHg, según el riesgo cardiovascular añadido que presenten los pacientes; en ma-

yores de 80 años, se deja más al criterio del médico, pues si bien el estudio HYVET<sup>7</sup> demostró beneficios con el tratamiento, con buena tolerabilidad, los pacientes incluidos eran muy seleccionados, sin enfermedades concomitantes ni hipotensión ortostática. En la guía elaborada por la Sociedad Catalana de Hipertensión Arterial<sup>9</sup>, basándose en los datos existentes hasta el momento, la recomendación es la siguiente:

- En los pacientes hipertensos ya conocidos, mantener el tratamiento.
- En los hipertensos de nuevo diagnóstico, iniciar tratamiento si la PA sistólica es superior o igual a 160 mmHg, y con el fin de alcanzar cifras de PA inferiores a 150 mmHg.

### ¿Qué fármacos serían los más indicados para el tratamiento de la HTA en los ancianos?

Previamente, hay que recordar que en el tratamiento de la HTA las modificaciones del estilo de vida son tan importantes como las medidas farmacológicas. Los ancianos son por lo general sensibles a la sal.

En cuanto a los fármacos, según las guías de práctica clínica<sup>1,5</sup>, pueden prescribirse todos los grupos farmacológicos en el anciano. Los estudios realizados apoyan sin dudar la eficacia de los diuréticos, los IECA y también los calcioantagonistas<sup>10</sup>, sobre todo en el caso de HSA.

Pero, dados los cambios a nivel fisiológico que se producen en la vejez, es recomendable iniciar el tratamiento con dosis bajas y monitorizar los posibles efectos secundarios que puedan producirse. La guía europea<sup>5</sup> recomienda iniciar siempre el tratamiento con monoterapia y si los objetivos de control no se han conseguido, añadir un segundo fármaco.

Ante todo hay que tener en cuenta que en los pacientes ancianos, antes de iniciar cualquier tratamiento hay que valorar muy bien el riesgo-beneficio, y quizás más importante que la reducción de la mortalidad es evitar la discapacidad.

### Referencias bibliográficas

1. Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W, Lee A, Green A, et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. 2003;42:1206-52.
2. Kithas PA, Supiano MA. Practical recommendations for treatment of hypertension in older patients. *Vasc Health Risk Manag*. 2010;6:561-9.
3. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Hypertension Society (EHS) and of the European Cardiology Society (ECS). 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens*. 2007;25:1105-87.
4. Ogihara T, Saruta T, Rakugi H, Matsuoka H, Shimamoto K, Shimada K, et al. Target Blood Pressure for Treatment of Isolated Systolic Hypertension in the Elderly: Valsartan in Elderly Isolated Systolic Hypertension Study. *Hypertension*. 2010;56:196-202.
5. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Burnier M, Caulfield MJ, et al. Reappraisal of European Guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens*. 2009;27:2121-58.
6. Hackam DG, Khan NA, Hemmelgarn BR, Rabkin SW, Touyz RM, Campbell NR, et al. The 2010 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: part 2 - therapy. *Can J Cardiol*. 2010 May; 26:249-58.
7. Nigel B, Peters R, Fletcher AE, Staessen J, Lisheng L, Dumitrascu D, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med*. 2008;358:1887-98.
8. Musini VM, Tejani AM, Bassett K, Wright JM. Farmacoterapia para la hipertensión en pacientes de edad avanzada (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 4 Art no. CD000028. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
9. Dalfó A, Felip A, de la Figuera M, de la Sierra A. Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento de la HTA. *scha Barcelona* 2010.
10. SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension: Final results of the systolic hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA*. 1991;265:3255-64.

### Diabetes en el anciano: ¿los mismos objetivos? J.M. Millaruelo Trillo

Al hablar de la diabetes en el paciente anciano deberíamos, en primer lugar, preguntarnos si es un tema importante porque afecta a un número elevado de pacientes o porque requiere un manejo especial. Las dos preguntas tienen una respuesta afirmativa.

Si analizamos la epidemiología de la diabetes, cabe señalar que la diabetes en el anciano es y será cada vez más prevalente, por el envejecimiento de la población ya que la expectativa de edad ha aumentado en los últimos años de un modo evidente y por la disminución de la mortalidad, preferentemente la cardiovascular, con lo que las cifras actuales de prevalencia en nuestro medio son del 12 % en población adulta en el estudio «diabet.es» (no publicado).

A la hora de encontrar las mejores evidencias que nos permitan ofrecer el mejor tratamiento para los ancianos con diabetes nos encontramos con la dificultad de que son habitualmente excluidos de los estudios aleatorizados a doble ciego, que habitualmente encontramos en las guías de práctica clínica. Por ello, poco más que el sentido común podemos utilizar cuando nos enfrentamos al interesante reto de tratar la diabetes en un paciente anciano.

Existen, no obstante, algunas guías de práctica clínica que pueden orientarnos en el peculiar manejo que requieren estos pacientes, pero que, desgraciadamente, los niveles de evidencia son muy pobres.

Algunos parámetros nos ayudan a plantear un marco teórico que nos haga trabajar de una manera más segura y eficaz. Así, debemos considerar la edad del paciente, la expectativa de vida, la presencia de comorbilidad, los años de evolución de la diabetes, la presencia de complicaciones macrovasculares o microvasculares, la situación sociofamiliar, la fragilidad, la presencia de otros síndromes geriátricos y también la opinión del paciente.

El control glucémico en el anciano es uno de los puntos de mayor interés y dificultad por las circunstancias habituales de larga evolución de la enfermedad, precisando más de un hipoglucemiante para su control, comorbilidad del paciente, especialmente el estado de la función renal, vía de eliminación habitual de estos fármacos y polifarmacia casi siempre presente con su implicación en las posibles interacciones y dificultades para el cumplimiento terapéutico. Por ello, planteamos los aspectos de eficacia y seguridad de estos fármacos en el medicamento anciano. Cabe insistir también en la influencia de la comorbilidad en los beneficios esperados del control glucémico.

Para el manejo de los factores de riesgo cardiovascular acompañantes debemos tener en cuenta una circunstancia

paradójica: un mayor riesgo cardiovascular absoluto relacionado principalmente con la edad y la necesidad de una mayor precaución en el uso de fármacos, por las circunstancias repetidamente mencionadas. Expondremos únicamente los datos más relevantes y a menudo obviados en los foros de formación médica continuada habitual. Nadie discute la realidad de la curva en J, en el caso de la presión arterial (PA) en pacientes con un grado avanzado de arteriosclerosis, por lo que debemos ser cuidadosos con un descenso excesivo y, sobre todo, brusco de la PA en pacientes que, por las características de la diabetes como favorecedora de la enfermedad arteriosclerótica y la propia edad avanzada, son muy vulnerables.

La eficacia de los hipolipemiantes, habitualmente las estatinas, no está en entredicho, pero alguna duda puede surgir en cuanto a su seguridad en esta franja de edad. Así mismo, parece razonable pensar que las propiedades pleiomórficas descritas en estos fármacos y responsables, según muchos autores, de sus beneficios clínicos tienen más dificultades en desarrollarse en unos pacientes con vasos muy rígidos. Obviamente, su uso es incontestable en caso de necesidad de prevención secundaria, salvo contraindicación expresa o efecto secundario grave.

La terapia antiagregante, controvertida de un modo general en prevención primaria, presenta los mismos claroscuros: puede ser muy necesaria en pacientes de larga evolución probablemente con complicaciones macrovasculares, pero los efectos secundarios, hemorrágicos, serán, de presentarse, más graves.

Cuando en nuestra práctica clínica debemos elegir entre opiniones controvertidas es muy importante compartir las decisiones con el paciente. En los ancianos, acostumbrados a una medicina paternalista, muchas veces con deficiencias cognitivas, pocas veces es posible y sólo podemos contar con las opiniones familiares, que posiblemente difieran de las que hubiera decidido el paciente unos años antes. Pero en los casos en que sea posible debemos también conocer y tener en cuenta sus objetivos, que muchas veces no serán los nuestros.

Si tuviéramos que resumir en pocas palabras las líneas básicas de nuestra actuación con los ancianos diabéticos, destacaríamos la individualización del tratamiento, teniendo en cuenta las circunstancias clínicas y sociofamiliares y la atención a otros síndromes geriátricos que habitualmente están presentes y cuya relación con la diabetes es bidireccional.

## Bibliografía

- Ali R, Alexander K. Statins for the primary prevention of cardiovascular events in older adults: A review of the evidence. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2007;5:52-63.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2009. *Diabetes Care.* 2010;33(Suppl. 1):S11-61.
- Bourdel-Marchasson I for the ALFEDIAM/SFGG Frenchspeaking group for study of diabetes in the elderly. Key Priorities in Managing Glucose Control in Older with Diabetes. *J Nutr Health Aging.* 2009;13:685-791.
- Brown A, Mangione C, Saliba D, Sarkisian C. Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(5 Suppl):265-80.
- Colagiuri S, Borch-Johnsen K, Glümer C, Vistisen D. There really is an epidemic of type 2 diabetes. *Diabetologia.* 2005;48:1459-63.
- Durso S. Using clinical guidelines designed for older adults with diabetes mellitus and complex health status. *JAMA.* 2006;295:1935-40.

- European Diabetes working party for older people 2001-2004. Clinical guidelines for type 2 diabetes mellitus. May 2004. Disponible en: [www.eugms.org/academic/](http://www.eugms.org/academic/). (Consultado en 8 julio 2010).
- Fudge N, Wolfe CDA, McKeivitt C.. Involving older people in health research. *Age Ageing.* 2007;36:492.
- Huang E. The effect of comorbid illness and functional status on the expected benefits of intensive glucose control in older patients with type 2 diabetes. *Ann Intern Med.* 2008;149:11-9.
- Huang E, Gorawara-Bhat R, Chin M. Self-Reported Goals of Older Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53:306-11.
- Kim Y, Davis S, Truijen J, Stok W, Secher N, van Lieshout J. Intensive blood pressure control affects cerebral blood flow in type 2 diabetes mellitus patients. *Hypertension.* 2011;57.
- Lecompte P. Diabetes in the elderly: considerations for clinical practice. *Diabetes Metab.* 2005;31:5S103-5S109.
- Maciá C, Monzón A, Fernández E. Antiagregación, diabetes y prevención cardiovascular primaria. Revisión crítica de las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes. *Salud(i)Ciencia.* 2008;16:134-7.
- Neumiller J, Setter S. Pharmacologic Management of the Older Patient With Type 2 Diabetes Mellitus. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2009;7:324-42.
- Olson DE, Norris SL. Diabetes in older adults. Overview of AGS guidelines for the treatment of diabetes mellitus in geriatric populations. *Geriatrics.* 2004;59:18-24.
- Vischer U. For The Alfediam/SFGG French-speaking group for study of diabetes in the elderly. A call to incorporate the prevention and treatment of geriatric disorders in the management of diabetes in the elderly. *Diabetes Metab.* 2009;35:168-77.

## MESA 2

### Estilos de vida para una espalda sana: Pilates, taichi, ejercicio físico

Viernes, 10 de junio / 09.30-11.30 h

Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Luis Galve

#### Moderador:

#### Francisco Camarrelles Guillem

*Médico de familia. CS Infanta Mercedes. Madrid. Doctor en Medicina, por la Universidad de Alcalá (Madrid). Tutor de la UD de MFyC Área Norte Madrid. Miembro del Grupo de Educación para la Salud del PAPPS.*

#### Ponentes y contenido:

1. Pilates y taichi. Técnicas y evidencia científica que las sustentan

#### José Ignacio Ramírez Manent

*Médico de familia. CS de Calvià. Mallorca. Doctor en Medicina y Cirugía. Tutor de UD de MFyC de Mallorca. Miembro del Grupo de Educación para la Salud del PAPPS y del GdT Actividad Física de la semFYC.*

2. Aspectos del estilo de vida del paciente que pueden influir en la prevención, tratamiento o pronóstico de los pacientes con síndromes mecánicos del raquis

#### Ricardo Ortega Sánchez-Pinilla

*Médico de familia. CS Santa Bárbara. Toledo. Coordinador del GdT Actividad Física y Salud de la semFYC.*

### 3. Recomendaciones clínicas; programas educativos aplicables en la práctica clínica rutinaria de primaria, para la prevención y tratamiento de la lumbalgia

**Francisco M. Kovacs**

*Director de la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda. Doctor en Medicina por la Universidad de Barcelona. Responsable de actividades docentes e investigadoras y director del Departamento Científico de la Fundación Kovacs, Palma de Mallorca.*

**Con la participación de:**

**Olga Plokoheva**

*Campeona del Mundo y de Europa de gimnasia rítmica. Profesora Universitaria de Educación física. Instructora de medicina deportiva y fisioterapia. Profesora de Pilates.*

## Introducción

**F. Camarelles Guillem**

A diario los médicos de familia atendemos a pacientes con patología relacionada con el aparato locomotor y la espalda: cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias y dolores osteomusculares en general. La magnitud del problema viene reflejada en que, si hablamos específicamente de la zona lumbar, un tercio de la población tiene dolor lumbar a lo largo de 1 año y el 20 % de ellos consultan a su médico de familia<sup>1</sup>. Alrededor del 60-80 % de las personas tiene dolor lumbar a lo largo de su vida.

La buena noticia es que la lumbalgia aguda tiene buen pronóstico y generalmente se manifiesta como una entidad benigna autolimitada (más del 90 % se recuperan en 3-6 meses y más del 90 % de las bajas duran menos de 2 meses)<sup>2</sup>.

El dolor de espalda aparece, en la mayoría de los casos, como resultado de la falta de equilibrio y coordinación entre la fuerza y la flexibilidad mostrada por los músculos de la parte dorsal del tronco y la exhibida por la parte anterior, abdominal. Entre los factores predisponentes pueden estar la falta de actividad física, que altera la funcionalidad de los mecanismos de coordinación y lleva a la debilidad muscular. Sólo entre el 1 y el 5 % de las lumbalgias se puede ligar a alteraciones degenerativas de un disco herniado.

Hacer frente a estas patologías solo con antiinflamatorios o relajantes musculares, o una derivación al servicio de rehabilitación de referencia, se puede quedar corto, y hacer que los síntomas se perpetúen o reaparezcan.

Nuestra mesa está enfocada sobre todo para reflexionar sobre cómo podemos prevenir este tipo de molestias o limitaciones, y para ello es fundamental ejercitar regularmente los músculos de la columna y del dorso, ya que su función principal es la de mantener una correcta posición corporal y participar de una manera muy activa en el control de los movimientos, de carácter excéntrico, del tronco sobre la pelvis.

En primer lugar, el Dr. José Ignacio Ramírez nos hablará sobre «Pilates y taichi. Técnicas y evidencia científica que las sustentan». A continuación, el Dr. Ricardo Ortega tratará sobre «Aspectos del estilo de vida del paciente que pueden influir en la prevención, tratamiento o pronóstico de los pacientes con síndromes mecánicos del raquis». Para finalizar, el Dr. Francisco Kovacs nos pondrá al día sobre los «Programas educativos aplicables en la práctica clínica rutinaria de Atención Primaria».

Además, cabe remarcar la importancia de aumentar los niveles de actividad física, y el papel de los médicos de familia en ello. Aparte de los aspectos de rehabilitación y curación de enfermedades, también hay que tener en cuenta aspectos de prevención y promoción de la salud en los que la sociedad

científica semFYC tiene un papel líder en España a través de su Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS).

El PAPPS recomienda el incremento de los niveles de actividad física, que se puede llevar a cabo de dos formas<sup>3</sup>:

- Procurar acumular 30 minutos o más de actividad física moderada o intensa en la mayoría de los días de la semana, mediante la incorporación de más actividad habitual en la rutina diaria con modalidades como subir escaleras, trabajos caseros o de jardinería, bailar o caminar parte o todo del trayecto de ida y vuelta al trabajo.
- Realizar algún ejercicio o deporte de tipo aeróbico en el tiempo libre, con una frecuencia mínima de tres veces no consecutivas por semana, una duración mínima de cada sesión de 40 a 60 minutos, dependiendo del tipo de ejercicio o deporte, y una intensidad que produzca una frecuencia cardíaca del 60-85 % de la frecuencia cardíaca máxima.

Los ancianos deberían realizar, además, dos o tres sesiones semanales de ejercicios de flexibilidad y fuerza resistencia muscular para paliar los efectos del envejecimiento sobre el aparato locomotor, que les conduzca a un menor riesgo de caídas y a la incapacidad para el autocuidado y el encamamiento precoz.

En la mesa también se revisará la evidencia científica que sustente la posible recomendación de las distintas técnicas por el médico de familia en su consulta diaria. Recientemente, se ha publicado una revisión sistemática de 14 ensayos clínicos sobre los efectos de los ejercicios de control motor sobre el dolor de espalda bajo persistente, crónico no específico, que concluye que estos ejercicios son superiores a la terapia básica y brindan alivio adicional cuando se combinan con otras terapias, como la fisioterapia o el ejercicio general<sup>4</sup>.

Hablaremos sobre Pilates, taichi, higiene postural, manejo activo, estilos de vida, evidencia científica y para finalizar, practicaremos algunos ejercicios de estiramiento para mejorar el funcionamiento de nuestro sistema musculoesquelético.

## Referencias bibliográficas

1. NICE National Institute for Health and Clinical Excellence clinical guideline. Low back pain 2009. Early management of persistent non-specific low back pain. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG88NICEGuideline.pdf>
2. Koes B, van Tulder M. Low back pain (acute). Clin Evid. 2006 Jun;(15):1619-33.
3. Marques F, et al. Recomendaciones estilos de vida. Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la salud PAPPS, Actualización 2009. Grupo de Educación para la salud. Sociedad Española de Medicina de Familia semFYC. Barcelona 2009. Disponible en: <http://www.papps.org/upload/file/08%20PAPPS%20ACTUALIZACION%202009.pdf> (consultado en marzo 2011).
4. Macedo L, Maher CG, Latimer J, McAuley JH. Motor Control Exercise for Persistent, Nonspecific Low Back Pain: A Systematic Review. Phys Ther. 2009;89(1):9-25.

Pilates y taichi. Técnicas y evidencia científica que las sustentan

J.I. Ramírez Manent

## Taichi

Desde su origen, las artes marciales se fundamentan en el desarrollo de la mente, el cuerpo y el espíritu; y sus conoci-



mientos se transmiten tradicionalmente de forma oral del maestro al alumno. En Oriente, las artes marciales y la medicina se encuentran imbricadas desde hace miles de años, hasta el punto que muchos de los médicos famosos en Oriente son expertos en artes marciales y algunos expertos en artes marciales llegan a convertirse en médicos<sup>1</sup>.

Las artes marciales se dividen en dos brazos con nexos comunes, uno en el que se agrupan las que denominadas «externas» como el kárate o taekwon-do, con movimientos rápidos y de ataque, y otras «internas» como el taichi, que trabajan movimientos circulares, tranquilos y pacíficos junto a una respiración compenetrada, al creer que ésta es vital para la salud. Las primeras centran su trabajo en la fuerza y velocidad muscular, mientras que las segundas se cree que potencian el *Ki*, trabajan no sólo la fuerza y velocidad, sino también las articulaciones, los órganos internos, mejoran el equilibrio y reducen el estrés. Ambas categorías son la fuente de un movimiento físico que no se encuentra a menudo en otros tipos de ejercicio.

En el taichi se estimula al cuerpo a moverse sin esfuerzo, con movimientos suaves, recorridos circulares, que no se realizan en las actividades de la vida cotidiana, acompasados de una respiración que disminuye el estrés y aumenta la función pulmonar. Los estudios publicados demuestran que mejora la fuerza y el equilibrio en ancianos<sup>2,3</sup>, y disminuye las caídas<sup>4,6</sup>. Los beneficios potenciales del taichi incluyen mejoras de la función cardiovascular y pulmonar, de la flexibilidad, y de la función inmunitaria, la disminución del dolor y el aumento de la funcionalidad en el paciente con osteoartritis, así como un aumento de la fuerza muscular, la mejora del insomnio y produce sensación de bienestar<sup>7-11</sup>. Se ha empleado también en el tratamiento de pacientes con dolor lumbar y cervical resistentes a tratamientos tradicionales<sup>12-15</sup>. Hoy en día el taichi, como otras artes marciales, está creando su espacio en los programas de terapia tradicional<sup>16,17</sup> en centros dedicados al tratamiento del cáncer y en hospitales que realizan tratamientos que buscan la mejora de la forma física, e incluso se ha incluido en programas de salud pública<sup>18</sup>.

### Pilates

Es un método de ejercicio creado por Joseph Pilates. De niño, este autor padecía asma, raquitismo y sobrevivió a la fiebre reumática. A mitad de su adolescencia consiguió una buena salud a través del ejercicio físico, y se convirtió en un experto en esquí, gimnasia, boxeo y otros deportes. Durante la Primera Guerra Mundial fue recluido en un campo de concentración en la Isla de Man, donde desarrolló su método de ejercicio físico.

Pilates creía que con los ejercicios convencionales se favorecía el desarrollo de grupos musculares específicos descuidando otros, por lo que se producía un desequilibrio muscular que facilitaba las lesiones y la enfermedad. Su método centra el trabajo en la zona abdominal, conecta la pelvis y las extremidades inferiores con la caja torácica y una respiración correcta. Enfatiza en el equilibrio corporal como sistema de prevención de las lesiones y la enfermedad, y no está enfocado al tratamiento de ninguna patología, sino a fortalecer el cuerpo. Algunos fisioterapeutas han incorporado este método a sus programas de tratamiento, que como muchas otras terapias basadas en el movimiento parece ser seguro y no se encuentran informes en la literatura médica de reacciones adversas. Se estudió en la prevención de la pérdida de condición física severa en ancianos hospitalizados con buenos resultados<sup>19</sup>. Otros estudios encuentran múltiples beneficios del método, aumento de la flexibilidad<sup>20,21</sup>, y de la fuerza explosiva<sup>21,22</sup>, mejoría de la lumbalgia<sup>23-27</sup>, y de la depresión, y como coadyuvante en el tratamiento de algunos tipos de cáncer<sup>28</sup>.

### Referencias bibliográficas

- Massey PB. Medicine and martial arts: A brief historical perspective. *Altern Compl Ther.* 1998;4:438-44.
- Wolf SL, Kutner NG, Green RC, et al. The Atlanta FICSIT study: Two exercise interventions to reduce frailty in elders. *J Am Geriatr Soc.* 1993;41:329-32.
- Wolf SL, Barnhart HX, Kutner NG, et al. Reducing frailty and falls in older persons: An investigation of Tai chi and computerized balance training. Atlanta FICSIT Group. *Frailty and Injuries: Cooperative Studies of Intervention Techniques.* J Am Geriatr Soc. 1996;44:489-97.
- Li F, Harmer P, Fisher KJ, et al. Tai chi and fall reductions in older adults: A randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2005;60:187-94.
- Sattin RW, Easley KA, Wolf SL, et al. Reduction in fear of falling through intense Tai chi exercise training in older, transitionally frail adults. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53:1168-78.
- Zeeuwe PEM, Verhagen AP, Bierna-Zeinstra SMA, Van Rossum E, Faber MA, Koes BW. The effect of Tai Chi Chuan in reducing falls among elderly people: design of a randomized clinical trial in the Netherlands. *BMC Geriatrics.* 2006;6:6-12.
- Wang C, Collet JO, Lau J. The effect of tai chi on health outcomes in patients with chronic conditions: A systematic review. *Arch Intern Med.* 2004;164:493-501.
- Massey PB, Thorner E, Preston W, et al. Increased lung capacity through Qigong breathing techniques of the *Cung Moo* martial art style. *J Asian Martial Arts.* 1993;2:70-7.
- Kuramoto AM. Therapeutic benefits of Tai Chi exercise: research review. *WMJ.* 2006;105(7):42-6.
- Qin L, Au S, Choy W, et al. Regular tai chi chuan exercise may retard bone loss in postmenopausal women: A case-control study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002;83:1355-9.
- Myeong SL, Max HP, Ernst E. Tai chi for osteoarthritis: a systematic review. *Clin Rheumatol.* 2008;27:211-8.
- Massey PB, Perlman A. Lasting resolution of chronic thoracic neuritis through a martial art-based physical therapy approach. *Altern Ther Med.* 1999;5:104-5.
- Hall AM, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML, Lam P. A randomized controlled trial of tai chi for long-term low back pain (taichi): Study rationale, design, and methods. *BMC Musculoskelet Disord.* 2009;10:55-62.
- Hall AM, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML. The Effectiveness of Tai Chi for Chronic Musculoskeletal Pain Conditions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arthritis Rheum.* 2009;61:717-24.
- Kanodia AK, Legedza ATR, Davis RB, Eisenberg DM, Phillips RS. Perceived Benefit of Complementary and Alternative Medicine (CAM) for Back Pain: A National Survey. *J Am Board Fam Med.* 2010;23:354-62.
- Taylor-Piliae RE. Tai chi as an adjunct to cardiac rehabilitation exercise training. *J Cardiopulm Rehabil.* 2003;23:90-6.
- Taylor-Piliae RE, Froelicher ES. Effectiveness of tai chi exercise in improving aerobic capacity: A meta-analysis. *J Cardiovasc Nurs.* 2004;19:48-57.
- Jones AY, Dean E, Scudds RJ. Effectiveness of a community-based tai chi program and implications for public health initiatives. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86:619-25.
- Mallery LH, MacDonald EA, Hubble-Kozey CL, et al. The feasibility of performing resistance exercise with acutely ill hospitalized older adults. *BMC Geriatr.* 2003;3:3.
- Segal NA, Hein J, Basford Jr. The effects of Pilates training on flexibility and body composition: An observational study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2004;85:1977-81.
- Kloubec JA. Pilates for improvement of muscle endurance, flexibility, balance and posture. *J Strength Cond Res.* 2010;24(3):661-7.

22. Hutchinson MR, Tremain L, Christiansen J, et al. Improving leaping ability in elite rhythmic gymnasts. *Med Sci Sports Exerc.* 1998;30:1543-7.
23. Blum CL. Chiropractic and Pilates therapy for the treatment of adult scoliosis. *J Manipulative Physiol Ther.* 2002;25:E3.
24. Maher CG. Effective physical treatment for chronic low back pain. *Orthop Clin North Am.* 2004;35:57-64.
25. La Touche R, Escalante K, Linares MT. Treating non-specific chronic low back pain through the Pilates Method. *J Bodyw Mov Ther.* 2008;12:364-70.
26. Macedo LG, Maher CG, Latimer J, McAuley JH. Motor Control Exercise for Persistent, Nonspecific Low Back Pain: A Systematic Review. *Phys Ther.* 2009;89(1):9-25.
27. Lim EC, Poh RL, Low AY, Wong WP. Effects of Pilates-Based Exercises on Pain and Disability in Persistent Nonspecific Low Back Pain: A systematic Review With Meta-Analysis. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2010; doi:10.2519/jospt.2011.3393.
28. Eyigor S, Karapolat H, Yesil H, Uslu R, Durmaz B. Effects of pilates exercises on functional capacity, flexibility, fatigue, depression and quality of life in female breast cancer patients: a randomized controlled study. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2010;46.

Aspectos del estilo de vida del paciente que pueden influir en la prevención, tratamiento o pronóstico de los pacientes con síndromes mecánicos del raquis  
R. Ortega Sánchez-Pinilla

### Introducción

La lumbalgia mecánica consiste en el dolor procedente de la irritación mecánica de los receptores de la sensibilidad dolorosa localizados en tercio externo del disco intervertebral, cápsula de articulaciones interapofisarias, ligamentos longitudinales anterior y posterior y estructuras musculoligamentosas de refuerzo de la columna lumbosacra, que refleja la alteración de alguna de esas estructuras, y que produce una limitación de la movilidad que en cierta forma protege a las estructuras dañadas para que con el movimiento no sufran más daño ni se perturbe su proceso de reparación. Por lo tanto, el problema sanitario de las lumbalgias mecánicas no es el tratamiento de éstas, aunque sea importante por su magnitud, sino su prevención y la recuperación de la funcionalidad de la espalda tras un episodio de lumbalgia. En los tres casos, un estilo de vida físicamente activo es de suma importancia.

### Biomecánica de la región lumbar

La región lumbar es una pieza clave del organismo para el mantenimiento de la postura y la ejecución de los movimientos de inclinación hacia delante, que forman parte de la gran mayoría de las actividades que realizamos a lo largo del día.

La postura erecta o de bipedestación ideal es aquella en la que el centro de gravedad está ubicado a nivel de L3, en la línea que va desde el punto más alto del cráneo a través de las superficies que soportan peso de las vértebras cervicales y lumbares y de los centros de las articulaciones de la cadera, rodilla y tobillo, dejando únicamente libres de soportar peso las superficies de las vértebras dorsales por la curva natural de esa región. En esa postura se requiere un mínimo esfuerzo muscular para el equilibrio.

Cuando la postura está alterada, como en el caso de una cifosis dorsal excesiva, lordosis lumbar excesiva, ausencia de curvatura normal en la región dorsal o una escoliosis, el centro de gravedad (y el eje que lo incluye) se desplaza hacia delante o hacia atrás, sometiendo a los músculos a un

esfuerzo mayor que puede evidenciar cualquier déficit de fuerza o flexibilidad, ya que al depender todos los músculos unos de otros para mantener la postura, una debilidad relativa de cualquier grupo de músculos da lugar al exceso de acción (sobrecarga) de sus antagonistas. Por otra parte, cualquier músculo se desarrolla más potente y corto que sus antagonistas si se utiliza con mayor frecuencia, pudiendo alterar la postura.

El movimiento de inclinación hacia delante sigue la siguiente secuencia: 1) la flexión hacia delante de la cabeza y/o la contracción de los abdominales inicia el movimiento de flexión del tronco, y al mismo tiempo se produce una contracción excéntrica de los músculos extensores del tronco y los extensores de la pelvis (glúteos) mantienen una contracción estática; 2) se produce la flexión lumbar en una magnitud diferente en cada nivel vertebral, que contribuye a unos 45° de movimiento y continúa hasta que los ligamentos posteriores se tensan, aumentando considerablemente la carga de compresión sobre los discos vertebrales; 3) hacia el final de esta flexión lumbar (o simultáneamente), la pelvis bascula hacia delante iniciando la contracción excéntrica de los glúteos, que junto con los isquiotibiales restringen este movimiento, aumentando el ángulo lumbosacro y revirtiendo la lordosis; 4) para volver a la postura erecta (extensión), el proceso se invierte, cesa la basculación de la pelvis por la contracción concéntrica de los glúteos e isquiotibiales hasta aproximadamente 45°, siendo soportada la carga sobre la columna en este punto por la fascia lumbosacra y diversos ligamentos; y 5) los músculos extensores de la columna se contraen concéntricamente para completar la extensión, recuperándose la lordosis y volviendo el ángulo lumbosacro a su amplitud normal. Si se eleva un objeto, al volver a la postura erecta, los extensores de la columna y los abdominales (recto abdominal y oblicuos) también se contraen durante la fase de inversión de la basculación pélvica.

El movimiento de flexión se produce a favor de la gravedad y, por tanto, los músculos agonistas (abdominales) no tienen apenas trabajo. Sin embargo, los músculos antagonistas (musculatura posterior de la espalda) y el resto de elementos elásticos se ven sometidos a un estiramiento, a la vez que desarrollan tensión para frenar la fuerza de la gravedad, realizando así un trabajo excéntrico.

El movimiento de extensión se produce en contra de la gravedad y siguiendo el modelo de una palanca de tercer grado, en la que la potencia (inserción de los músculos extensores de la columna) se encuentra entre el punto de apoyo (eje de la articulación en la que se produce el movimiento) y la resistencia (peso del objeto a levantar, peso de la parte superior del cuerpo, o ambos). Como el brazo de la potencia es muy corto y el de la resistencia puede ser muy largo, según la ley de la palanca (potencia x brazo de potencia = resistencia x brazo de resistencia), la musculatura y el resto de partes blandas tienen que desarrollar una enorme tensión o fuerza que, en muchas ocasiones, no pueden mantener y se lesionan. Por eso, cuanto más se reduzca el brazo de la resistencia, lo que se consigue a base de flexionar las rodillas y caderas y reducir la flexión de la columna todo lo que sea posible (como hace un levantador de peso en la halterofilia), menos trabajo tendrán que desarrollar los músculos extensores de la columna y menos tensión soportarán el resto de estructuras elásticas, reduciendo así la posibilidad de lesión con aparición de lumbalgia.

### Cómo mejorar, mantener o recuperar la salud lumbar

Todo lo anterior apunta a cinco áreas críticas de función lumbar: a) flexibilidad de la región lumbar; b) flexibilidad de los isquiotibiales; c) flexibilidad de los flexores de la cadera;

d) fuerza de los músculos abdominales (recto abdominal y oblicuos) y laterales del tronco; y e) fuerza/resistencia de los extensores del tronco. El déficit de cualquiera de ellas, por sí mismo y por su repercusión en las demás, posibilitado por un estilo de vida sedentario (las posturas en sedestación determinan una mayor presión sobre los discos que la bipedestación), puede dar lugar a lumbalgia mecánica.

Por el contrario, la mejora o el mantenimiento de esas cinco áreas resulta clave en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las lumbalgias mecánicas. Esto se puede conseguir con la práctica regular de cualquier tipo de ejercicio aeróbico, siguiendo las recomendaciones generales de prescripción, ya que con él trabajarán de forma concéntrica, excéntrica y estática todos los músculos implicados en la biomecánica de la región lumbar, realizando así un entrenamiento que les llevará a una mejora de la flexibilidad y la fuerza/resistencia.

Sin embargo, aquellos que tienen alguna alteración de la estática, que ya han sufrido algún episodio previo de lumbalgia o que deseen tener una mayor salud lumbar, deben incluir en su estilo de vida la realización periódica de ejercicios de flexibilidad y fuerza/resistencia específicos de la región lumbar.

La flexibilidad de la región lumbar, de los músculos isquiotibiales y de los flexores de la cadera se puede mejorar con ejercicios de estiramiento pasivo de los músculos correspondientes, mantenido durante más de 10 segundos.

La fuerza/resistencia de los músculos abdominales, laterales del tronco y extensores del tronco se puede mejorar con ejercicios isométricos, en los que la contracción se mantenga entre 6 y 8 segundos, y ejercicios de movilización repetida de cargas, que pueden consistir en el peso del propio cuerpo.

### Bibliografía

- Plowman SA. Physical activity, physical fitness, and low back pain. En: Holloszy JO (ed.) Exercise and sport sciences reviews. A.C.S.M. Volume 20. Baltimore: Williams & Wilkins; 1992. p. 221-42.
- Royal Air Force (Ed.). Posture and corrective exercises. En: Principles of anatomy & physiology for physical training instructors. London: His Majesty's Stationery Office 1946. p. 118-35.
- Shiple BJ. Treating low-back pain. Exercise known and unknowns. Phys Sportsmed. 1997;25(8):51-68.
- Wirhed R (Ed.). Anatomía y función del tronco. En: Habilidad atlética y anatomía del movimiento. Barcelona: Editorial EDIKA-MED, S.A. 1989. p. 46-57.

Recomendaciones clínicas; programas educativos aplicables en la práctica clínica rutinaria de primaria, para la prevención y tratamiento de la lumbalgia  
F.M. Kovacs

### Introducción

Los programas educativos para la prevención y el tratamiento de la lumbalgia se centran en dos enfoques conceptualmente distintos; la higiene postural y el manejo activo.

La higiene postural enseña al paciente a realizar las actividades cotidianas de la manera que, desde el punto de vista biomecánico, supone una menor carga para las vértebras y discos, y un menor esfuerzo para la musculatura. El manejo activo se centra en promover el mantenimiento del mayor grado de actividad física que sea posible (incluso durante el episodio doloroso) y evitar o reducir al máximo el reposo en cama.

Las diferencias culturales pueden influir en el efecto de los programas educativos sobre los pacientes con lumbalgia. En los pacientes nórdicos y anglosajones, el catastrofismo y las conductas de miedo y evitación influyen en el riesgo de cronicación de la lumbalgia y en el grado de discapacidad que genera. En los pacientes españoles, su influencia ha demostrado ser nula o irrelevante. Por lo tanto, conviene decidir qué programas aplicar en nuestro ámbito basándose en el resultado de los resultados de los ensayos clínicos realizados en nuestro entorno cultural.

### Pruebas científicas disponibles

En España se han realizado tres ensayos clínicos aleatorizados para evaluar el efecto de programas educativos sobre el dolor y la incapacidad por lumbalgia; uno para evaluar su efecto preventivo entre ancianos institucionalizados<sup>1</sup> y dos para evaluar su efecto terapéutico (uno con ancianos institucionalizados y otro con pacientes atendidos en centros de salud)<sup>1,2</sup>. Los ensayos clínicos incluyeron a 661 ancianos con una edad de entre 79,9 y 81,2 años. Se hicieron en residencias de la tercera edad de Asturias y establecieron tres grupos educativos<sup>1</sup>. Los tres recibieron una charla grupal de 15 minutos y un folleto de contenido consistente con la charla; la única diferencia fue su contenido. Un grupo recibió educación sobre higiene postural, el segundo sobre manejo activo, y el tercero (grupo control) sobre medidas de promoción de la salud cardiovascular<sup>1</sup>.

El ensayo clínico realizado con pacientes atendidos en centros de salud reclutó a 348 pacientes con una media de edad de 51,4 años. Se realizó en Castilla-León y estableció tres grupos<sup>2</sup>. Los tres recibieron el tratamiento habitual en Atención Primaria (AP), excepto fisioterapia. Uno (grupo control) sólo recibió ese tratamiento. El segundo y tercer grupo recibieron, además, un programa educativo sobre manejo activo (idéntico al aplicado a los ancianos institucionalizados). El tercero recibió, además, un programa educativo sobre higiene postural (idéntico al aplicado a los ancianos institucionalizados) y cuatro sesiones de fisioterapia, en las que los pacientes también aprendieron los ejercicios que se les incitó a realizar en su domicilio<sup>2</sup>. En todos esos ensayos se entregaron folletos estandarizados de apariencia y extensión similares; la «guía de la espalda» en los grupos de higiene postural y el «manual de la espalda» en los de manejo activo.

Los resultados de esos ensayos clínicos<sup>1,2</sup> muestran que:

- La educación sobre manejo activo tiene sobre el grado de discapacidad por lumbalgia, en ancianos institucionalizados: a) un efecto preventivo que es nulo a los 30 días pero roza la relevancia clínica a los 180, y b) un efecto terapéutico a los 180 días que es clínicamente relevante. El dolor y la calidad de vida también mejoraron más en el grupo de manejo activo, pero esas diferencias no alcanzaron la significación estadística. En los pacientes atendidos en AP, la adición de un programa educativo sobre manejo activo al tratamiento habitual genera una mejoría estadística y clínicamente significativa sobre la evolución del dolor, el grado de discapacidad y la calidad de vida.
- La educación sobre higiene postural tiene sobre el grado de discapacidad por lumbalgia, en ancianos institucionalizados: a) un efecto preventivo que es clínicamente irrelevante a los 30 días y nulo a los 180, y b) ningún efecto terapéutico. En los pacientes atendidos en AP, la adición al tratamiento habitual y a un programa educativo sobre manejo activo, de un programa educativo sobre higiene postural más tratamiento fisioterápico y la prescripción de ejercicio domiciliario, no mejora la calidad de vida física y genera una mejoría clínica irrelevante de la evolución del dolor, la incapacidad y la calidad de vida mental.

## Conclusión

Las pruebas científicas disponibles sugieren que en España:

- La educación sobre higiene postural es ineficaz para la prevención o el tratamiento de la lumbalgia.
- La educación sobre manejo activo es eficaz para la prevención de la discapacidad asociada a la lumbalgia, y para el tratamiento del dolor, la discapacidad y la merma de la calidad de vida derivadas de la lumbalgia.
- Se debería añadir al tratamiento rutinario de la lumbalgia en AP una charla grupal de 15 min estandarizada sobre manejo activo y la entrega del «manual de la espalda» mejora de manera clínicamente relevante la evolución de la lumbalgia.
- Convendría generalizar este programa de educación sobre manejo activo al tratamiento rutinario de la lumbalgia en AP, dadas: a) las pruebas disponibles sobre su eficacia y seguridad; b) la magnitud de su efecto; c) la escasez de los recursos necesarios para aplicarlo, que unido a lo anterior sugiere su eficiencia, y d) la demostrada viabilidad de implantar ese programa educativo en ese ámbito.

## Referencias bibliográficas

1. Kovacs FM, Abraira V, Santos S, Díaz E, Gestoso M, Muriel A, et al. for the Spanish Back Pain Research Network. A comparison of two short education programs for improving low back pain-related disability in the elderly. A cluster randomized controlled trial. *Spine*. 2007;32(10):1053-9.
2. Albadalejo C, Kovacs FM, Royuela A, del Pino R, Zamora J. The efficacy of a short education program and a short physiotherapy program for treating low back pain in primary care. A cluster randomized trial. *Spine*. 2010;35:483-96.

## MESA 3

### Desigualdades sociales en salud

Viernes, 10 de junio / 12.00-14.00 h

Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Luis Galve

#### Moderador:

**Rafael Cofiño Fernández**

*Jefe del Servicio de Salud Poblacional. Dirección General de Salud Pública y Participación del Gobierno de Asturias.*

#### Ponentes y contenido:

1. Desigualdades sociales en salud, etiología, diagnóstico y tratamiento

**Francisco Javier Segura del Pozo**

*Jefe del Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental del Instituto de Salud Pública. Madrid. Coeditor del blog «Salud Pública y algo más».*

2. *Proyecto RIU*: superando barreras para reducir desigualdades en salud

**Dory Aviñó Juan-Ulpiano**

*Impulsora y coordinadora del Proyecto RiU.*

3. Afrontando las desigualdades sociales en salud desde la medicina de familia

**Javier Padilla Bernáldez**

*Médico residente de MFyC en Sevilla. Coeditor del blog «Médico Crítico».*

4. Una visión epidemiológica sobre las desigualdades como instrumento para la acción de salud comunitaria

**Francisco Javier Nieto García**

*Médico de familia. Salubrista. Doctor en Epidemiología. Profesor y jefe del Department of Population Health Sciences, University of Wisconsin, Madison, Wisconsin, EE.UU.*

## Con la colaboración de:



¿Y si esta mesa no sirviera para nada?

¿Y si esta mesa sirviera para todo?

R. Cofiño Fernández

*«Vamos a hacer un mundo de verdad, con la verdad partida como un pan terrible para todos.»*

VÍCTOR ESTELLES

¿A qué cuento viene hablar de desigualdades sociales en salud en un congreso con una trayectoria eminentemente clínica? ¿Quiere decir esto que nuestra sociedad científica va a hacer una deriva del paradigma biomédico al paradigma de los determinantes de salud? ¿Quiere decir que vamos a dejar de centrarnos en la prevención para hablar de promoción de la salud? ¿Quiere decir que vamos a estar más cerca de la comunidad y de la calle que del hospital? ¿Más cerca del domicilio que del laboratorio? ¿No es lógico que un modelo hospitalocentrista nos vaya absorbiendo ya que hemos olvidado el vigor y el impulso de nuestra carta fundacional? ¿Quiere decir que a partir de ahora vamos a apostar más por la salud comunitaria que por la medicina biopreventiva? ¿Hemos olvidado que «la solidaridad, en el sentido de contribuir a disminuir las desigualdades que afectan a los más vulnerables» no es un rollito *vintage* de Alma Ata, sino que aparece escrito en AP21? ¿Tenemos claro que esto supone tener en cuenta a las personas que trabajan en salud fuera de lo que es un servicio sanitario? ¿Tenemos claro que mientras no lo tengamos claro se seguirán saturando y saturando nuestras consultas y medicalizando a la población con cosas inmedicalizables e inauditas? ¿Esta mesa se trata de un regreso al pasado para muchos de aquellos heroicos y heroicas muchachuelas que fundaron la especialidad o, por el contrario, será una vuelta a la realidad para aquéllos que ahora mismo se incorporan a la Atención Primaria? ¿Cómo va a influir esta mesa en la política y estrategias de nuestra especialidad y de nuestra sociedad científica, en sus publicaciones, actitudes y posicionamientos, en sus investigaciones a partir de ahora? ¿Cómo puede influir en nuestra práctica cotidiana? ¿Cómo puede influir en nuestra relación con los pacientes, en nuestro trabajo en el equipo, en nuestra relación con los otros agentes de salud de la comunidad? ¿Cuántos «preferiría no hacerlo» vamos a emitir después de esta mesa? ¿Tomarán nota? ¿Tomaréis nota de todo esto? ¿Y si esta mesa no sirviera para nada? ¿Y si esta mesa sirviera para todo?

Desigualdades sociales en salud, etiología, diagnóstico y tratamiento

F.J. Segura del Pozo

La diferencia entre organizar el saber desde la perspectiva del médico clínico que ve pacientes y casos individuales (mirada *zoom-in*), en comparación con la de un médico salubrista que ve poblaciones y estima tasas de enfermedad o de mortalidad en grupos o territorios (mirada *zoom-out*). Esta mirada lleva a un nuevo saber, a descubrir una nueva enfermedad: las desigualdades sociales en salud (DSS).

Estas desigualdades las descubrimos, por ejemplo, en los mapas de mortalidad por distritos o barrios de ciudades, como el

de Madrid. Si comparamos el «Plano demográfico-sanitario del Dr Hauser» de 1902<sup>1</sup> con el atlas de mortalidad del proyecto MEDEA (1996-2003)<sup>2</sup>, comprobaremos la persistencia en las relaciones entre clase social, urbanismo y mortalidad. Otros ejemplos son la abundante información aportada por las encuestas de salud, sobre un gradiente social claro en indicadores, como la percepción del estado de salud, la prevalencia de los principales problemas crónicos, que se atienden en la Atención Primaria, o el grado de adopción de estilos de vida saludables. Hablar de DSS es, pues, hablar de diferencias, sistemáticas y potencialmente evitables, en el estado de salud, entre grupos o subgrupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Estas desigualdades atraviesan todo el estrato social y no se limitan a los más pobres, a los excluidos sociales o en riesgo de exclusión.

El proceso causal entre estratificación social y salud habría que pensarlo como un río, cuya fuente estaría representada por el modelo político, económico y social, que determina las reglas del acceso y distribución de la riqueza. El curso alto del río, fuertemente determinado por las características de la fuente, serían las desigualdades en oportunidades de educación, ocupación e ingresos. Éstas, a su vez, determinarían el curso medio, los llamados «factores intermedios». Éstos serían una serie de determinantes (posesión de bienes materiales, factores ambientales o laborales, factores psicosociales y hábitos nocivos para la salud), distribuidos de forma diferencial entre los diferentes grupos socioeconómicos.

Ejemplos de intervenciones o soluciones «corriente arriba» o «corriente abajo» serían: a nivel de la fuente (cambios en las reglas de acceso y distribución de la riqueza, cambio en las prioridades del gasto público); en el curso alto del río (aumentar las oportunidades de empleo, abolir el empleo precario, prevenir el fracaso y abandono escolar, reducir la pobreza, etc.); en el curso medio del río (acceso a vivienda de calidad, mejorar la salud laboral y ambiental, la «psicohigiene», aumentar la cohesión social, a través del voluntariado, asociacionismo, participación; facilitar el cambio de conductas nocivas en grupos desfavorecidos, a través de la promoción de la salud); en el tramo final, cuando la mala salud ya está presente (mejorar los cuidados de salud a los desfavorecidos, por ejemplo, eliminar barreras de acceso a los servicios sanitarios).

Las soluciones «corriente arriba» serían más difíciles, pero teóricamente más eficaces al impactar sobre más factores, o sobre factores con mayor potencialidad causal. Sin embargo, estos factores son menos o nada dependientes del sector sanitario. Son vulnerables por políticas públicas fiscales, educativas, laborales, de empleo, vivienda, urbanísticas, medioambientales, sociales, etc. Por el contrario, las soluciones «corriente abajo» son más fáciles o sencillas, aunque nunca podrán eliminar el problema de origen. Éstas son, además, más dependientes del sector sanitario (promoción de la salud, reforma de los servicios asistenciales).

A conclusiones parecidas, sobre la etiología y el tratamiento de estas diferencias en salud, llegan dos informes recientes: el Informe de la Comisión de Determinantes sociales de la OMS<sup>3</sup> y el informe de la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (de la que tuve el honor de formar parte)<sup>4</sup>.

Es decir, si como profesionales de la salud queremos intervenir sobre la «enfermedad» de las DSS, no sirve el arsenal terapéutico habitual (medicamentos, cirugía, consejos, dietas, etc.), sino nuestra capacidad de influencia sobre las políticas públicas, que actúan sobre estos determinantes sociales de la salud. ¿Qué podemos hacer desde nuestro centro de salud o desde nuestra consulta?

Un primer paso muy importante es no ser cómplice del modelo asocial de la enfermedad. En la consulta, el médico de familia debe reconocer que no tiene todo el saber sobre el problema, ni tiene el poder para solucionarlo... pero puede ayudar. Contando con el saber y poder del paciente, puede contextualizar los problemas de salud, identificar sus determinantes colectivos y ayudarle a encontrar la mejor solución. Además, es importante volver a recordar que su acción no se limita a la consulta. Utilizando el lema del proceso de reorientación comunitaria de los centros municipales de salud de Madrid, en el que estoy implicado: «De las batas a las botas»<sup>5</sup>. Es decir, debe intentar que parte de su tiempo de trabajo sea en la calle, en el espacio comunitario. Encontrará que no está solo. Hay múltiples actores trabajando en el desarrollo comunitario y la salud, con los que tiene que tejer alianzas. Para ser eficaz, debe insertar su acción en un proyecto de intervención sociosanitario en su comunidad.

### Referencias bibliográficas

1. Hauser P. Madrid desde el punto de vista médico-social (1902). Edición de Carmen del Moral. Madrid: Editora Nacional, 1979.
2. Atlas de mortalidad y desigualdades socio-económicas de la Comunidad de Madrid (MEDEA). Portal de Salud de la Consejería de Sanidad. ([www.madrid.org/cs/](http://www.madrid.org/cs/)).
3. Informe OMS. Subsana las desigualdades en una generación. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf). 2008.
4. Informe de la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la Equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las DSS en España. Disponible en: <http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EquidadSaludyDSS.htm>. 2010.
5. Segura del Pozo J, Martínez Cortés M. et al. El proceso de reorientación comunitaria de los Centros Madrid Salud (CMS). Comunidad. 2011.
6. Segura del Pozo J. Blog Salud Pública y algo más: [http://www.madrimasd.org/blogs/salud\\_publica/](http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/) Categorías: Curso de desigualdades sociales en salud; Desigualdades sociales en salud en la CM; Desarrollo comunitario; Biopolítica y Salud Pública.

### *Proyecto RIU: superando barreras para reducir desigualdades en salud*

D. Aviñó, J.J. Paredes-Carbonell, R. Peiró, I. Ramo, P. Pous, R. Sanz y V. Palop, en representación del grupo de profesionales del proyecto

El objetivo de esta comunicación es presentar el modelo de intervención comunitaria RIU, las dificultades encontradas en el proceso de implementación y las posibles soluciones aplicadas, propuestas para superarlas, o ambas, en el barrio del Raval de Algemesí (Valencia).

### ¿Qué es el proyecto RIU?

El Centro de Salud Pública de Alzira, en colaboración con el Ayuntamiento de Algemesí y la estructura sanitaria del departamento, desarrolla el *Proyecto RIU: un riu de cultures, un riu de salut* para promover la accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios en entornos en situación de vulnerabilidad social<sup>1</sup> siguiendo un modelo experimentado en otros contextos vulnerables: medio penitenciario, comunidad gitana y población inmigrante<sup>2</sup>. Utiliza ciclos continuados de captación y formación-acción de personas con perfil de liderazgo como estrategia para desarrollar un proceso grupal y comunitario y cuyos fundamentos se describen en la tabla 1.

Tabla 1. Fundamentos del modelo RIU y resultados de su aplicación

Fundamentos	Población	Red profesionales (técnico RIU + profesionales)
Empoderamiento	Mujeres ASBC: capacidades y herramientas	Empoderado para desarrollar el modelo
Educación entre iguales	Mujeres ASBC - población	Capaces de transferir el modelo a profesionales
Salud positiva y activos en salud	Mujeres elaboran mapa de activos	Elaboramos mapas activos: nuevo enfoque; más posibilidades de intervención
Intersectorialidad	Reciben una acción intersectorial (sobre todo en la formación)	Descubrimos ventajas del trabajo conjunto en red, aumenta la coordinación y eficiencia
Proceso abajo-arriba	Protagonistas de las acciones y del proceso de la intervención	Descubrimos que se dan cambios en salud sin depender de «lo profesional-técnico»: cambio rol (facilitador)
Investigación-acción participativa	Protagonistas de la investigación orientada a la acción y el cambio	Investigación población + profesionales vinculada a la acción: cambio rol (co-producimos acciones)

Cada ciclo del modelo tiene una duración de 9 a 12 meses con las siguientes etapas: 1) acuerdos a nivel político y técnico entre la administración autonómica y local para presentar el proyecto y apoyarlo en su implementación y construcción de la red intersectorial de profesionales de salud pública, atención primaria (AP, y otros ámbitos asistenciales), servicios sociales, policía, educación, tercer sector...; 2) captación y selección de la población participante según perfil y a propuesta de profesionales, mediante entrevista y consenso por la red intersectorial; 3) formación de agentes de salud: contenidos y horarios ajustados a la disponibilidad y necesidades de la población, participan profesionales de los servicios públicos y se realizan visitas guiadas para facilitar la aproximación población-profesionales; 4) acciones como agentes de salud: individuales, grupales (en formato taller) y de sensibilización comunitaria, y se proporciona formación complementaria a las agentes; 5) evaluación continua y devolución de los resultados a la población, a profesionales, y difusión en congresos científicos<sup>3</sup>; 6) mejoras y reformulación de un nuevo ciclo a través de la elaboración del «documento de proyecto» de la siguiente edición.

Se ha realizado una evaluación del proceso y de los resultados de aplicar el modelo desde un enfoque cualitativo. La intervención ha generado cambios en el grupo de mujeres y en su red social próxima: incremento de empoderamiento, mejoría en el acceso y uso adecuado de los servicios de salud y aproximación entre profesionales y población<sup>4,5</sup>.

Desde la perspectiva de la innovación en salud, se han desarrollado satisfactoriamente estrategias de investigación-acción participativa en los siguientes temas: diseño de las fases de formación-acción; análisis participativo de las necesidades de salud del barrio<sup>1</sup>; construcción de un mapa de activos<sup>6</sup> en salud para el barrio; elaboración de un documento resumen de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Sistema Nacional de Salud dirigido a población general (inclusivo de población en situación de vulnerabilidad); y promoción de la igualdad entre mujeres y hombres y la prevención de la violencia de género (Proyecto RIU Violeta).

#### Barreras identificadas y formas de superarlas

Las barreras se han identificado a partir de las reuniones de seguimiento del equipo técnico del proyecto y de la red de profesionales, así como de la evaluación de la experiencia realizada por el grupo de profesionales.

En la tabla 2, se detallan las principales dificultades encontradas según «afecten» a los principales sectores (AP, servicios sociales y educación), las estrategias aplicadas, propues-

tas para resolverlas, o ambas, y las barreras que continúan existiendo.

La tabla 3 muestra alguna de las dificultades relacionadas con la población participante.

Además, existen otras barreras relacionadas con las dificultades logísticas: el no tener un espacio de uso reconocido para el proyecto; y con la escasez de recursos económicos y humanos: denegaciones de financiación por parte de las agencias de investigación para su evaluación y la dificultad por su metodología de escribir artículos con método IMRD. Se ha hecho un esfuerzo de conectar y difundir el proyecto a agencias, congresos y foros nacionales e internacionales para darle más sostenibilidad e incrementar las posibilidades de financiación.

#### Conclusiones

Para dar respuesta a las dificultades que surgen durante la implementación, se activan y traducen a la práctica los fundamentos en los que se basa el modelo (tabla 1).

Se constata que compartimos barreras el personal de distintos sectores y esto lo vemos como oportunidad: las estrategias son igualmente válidas para todos los sectores. No obstante, todas estas barreras tienen una importancia relativa ya que lo esencial es el proceso: el foco está puesto en las personas y en los microrresultados. Nuestra misión es hacerlos visibles para motivar a profesionales de los diferentes niveles (político, planificador, técnico, investigador...) y sectores (sanidad, bienestar social, educación, tercer sector...) para lograr su apoyo y colaboración en el proyecto haciendo posible que puedan plantearse nuevas iniciativas (también desde otros sectores) para que los cambios lleguen a ser estructurales: empleo, educación, transformación del espacio urbano, vivienda, etc. Nuestra principal debilidad es la sostenibilidad de la intervención y necesitamos fortalecer la infraestructura del equipo RIU para continuar desarrollando el modelo y dirigir la investigación a la evaluación e innovación.

#### Referencias bibliográficas

1. Paredes-Carbonell JJ, Aviñó D, Peiró R. Informe de buena práctica: Proyecto RIU para el acceso y uso adecuado de servicios de salud. Valencia: Fundación para la Investigación Hospital Dr Peset, 2009 (documento interno).
2. Mazarrasa L, Blázquez MI, Martínez M, Castillo S, Yacer A. Promoción de la salud en población inmigrante: participación comunitaria y educación entre iguales. En: La prevención de la infección del VIH-sida en la población inmigrante. Madrid: Secretaría del Plan Nacional de Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

Tabla 2. Dificultades encontradas por sectores participantes, posibles soluciones y estado actual

Dificultades encontradas	Sectores *			Estrategias de solución aplicadas y propuestas	Dificultades actuales
	AP	SS	E		
– Aplicación de la teoría a la práctica: entorno complejo en el que apenas se actúa a nivel comunitario	x	x		Esfuerzo y energía de la dirección, coordinación y equipo técnico del proyecto. Experiencia previa. Rigor metodológico	
– Priorizar la AP e individual frente a enfoques comunitarios	x	x		El diseño, desarrollo y evaluación de la intervención a cargo del equipo técnico del proyecto. Demostrar ventajas del enfoque comunitario a través de resultados de evaluación	x
– Visión de la intervención por parte de profesionales: no creen viable su ejecución	x	x	x	Presentar la planificación detallada de la intervención y ser capaces de motivar a la participación. Dar cuenta de los pequeños logros	
– Actitud de profesionales hacia la población: conflictos ante la demanda frecuente de recursos	x	x		Participar en la formación y en visitas guiadas. Utilizar metodologías de acción participativa conjunta profesionales y población que producen experiencias positivas y cercanía	
– No cultura de trabajo intersectorial: escaso el trabajo en equipo incluso en un mismo sector	x	x	x	Crear y mantener espacios de encuentro, lenguaje y agenda común e implicar a las direcciones para que faciliten la asistencia de profesionales	x
– Participación de profesionales en la intervención: emergen conflictos ajenos a la intervención	x	x	x	Informar del proceso y resultados de la intervención a todos los sectores de manera continuada: transparencia. Negociar poniendo el foco en los objetivos de intervención: soluciones ganas-gano	x

AP: Atención Primaria. SS: servicios sociales. E: educación.

Tabla 3. Dificultades encontradas en la población participante, posibles soluciones y situación actual

Dificultades encontradas	Estrategias de solución	Dificultades actuales
– Participación de la población durante toda la intervención: por factores individuales ajenos al proyecto	Acortar la duración de las fases de formación y acción Intercalar formación con acciones Facilitar incentivos económicos al finalizar	x
– Al acabar el ciclo no se ha conseguido continuidad como grupo formal (sí informal)	Identificar empresas en el polígono industrial que colaboren con el proyecto. Vincular al grupo a la creación de actividad productiva o no en el barrio	x
– La participación es de mujeres. Se necesitaría que los hombres introdujeran cambios para que el efecto fuera mayor	Incorporar a hombres en estos procesos	x
– El cuidado de sus hijas e hijos durante las sesiones de formación-acción	Facilitar un servicio de canguros remunerado y asumido por agentes de salud de la edición anterior	

- Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education*. 2007;14: 17-22.
- Proyecto RIU: Un riu de cultures, un riu de salud. XII Encuentro del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria PACAP. Palma de Mallorca, 2010. Disponible en: <http://saludcomunitaria.wordpress.com/2010/05/31/proyecto-riu-un-riu-de-cultures-un-riu-de-salut/>
- Paredes-Carbonell JJ, Aviñó D, Peiró R, Bosch C, Ramo I, Palop V, Sanz R. Proyecto RIU: Un riu de cultures, un riu de salut. Una propuesta de intervención en salud en entornos vulnerables. *Comunidad*. 2011;13:34-7.
- Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010.

### Afrontando las desigualdades sociales en salud desde la medicina de familia J. Padilla Bernáldez

#### Pongamos que hablo de Lucía y de Vanessa

Lucía tiene 45 años, es madre de una chica de 18 años, vive con su marido en una casa baja de dos plantas; trabaja en la banca y en un reconocimiento de empresa le han detectado el «colesterol malo» un poco elevado y la presión un poco alta («aunque yo lo que tengo es mucho estrés»), va al gimnasio a hacer *step* cuatro veces a la semana y toma leche desnatada y pan integral «porque ya hay que ir cuidándose». Vanessa tiene 45 años, es madre de un chico y una chica, de 25 y 23 años respectivamente, acude a la consulta cada 6 meses «para hacerse un chequeito», aunque nunca ha salido nada al-

terado además de una presión arterial sistólica con cifras aisladas en el límite de la normalidad. Su marido está en paro desde hace 2 años, ella no trabaja desde que se casaron; él bebe «algo más de lo normal, doctor», ella no sale de casa más que para ir al mercado durante 30 minutos por la mañana; a él le han diagnosticado cáncer de estómago hace 2 meses y no le han dado muchas esperanzas, ella es la que habla con los médicos, él no sabe la gravedad; los hijos dejaron de estudiar cuando cumplieron la mayoría de edad y aún viven en casa.

Vanessa está biomédicamente sana; Lucía tiene algún valor alterado en la analítica y la exploración. ¿Cuál de las dos precisa más de la atención y seguimiento por parte de su médico de familia?

### Cada loco con su paradigma

Los médicos de familia nos vanagloriamos de tratar al paciente de forma holística, haciendo nuestro el paradigma biopsicosocial, en contraposición con el miope modelo biomédico de otras especialidades eminentemente hospitalarias. En este modelo que tratamos de enarbolar tendemos a contextualizar al paciente en su entorno de forma aséptica, sin analizar la influencia en términos de salud que este entorno tiene sobre nuestro paciente.

Viendo la influencia que las desigualdades de sociales tienen sobre la salud<sup>1</sup>, ¿deberíamos plantear qué hacemos desde nuestra consulta para reducirlas?, ¿es necesario que el médico de familia preste especial atención a dicha problemática?, ¿qué actitudes e iniciativas definen una perspectiva de disminución de las desigualdades sociales en salud desde nuestra consulta?

### ¿Qué queremos decir con «perspectiva de disminución de las desigualdades sociales en salud» cuando hablamos con un médico de familia?

En la práctica diaria de la medicina familiar y comunitaria uno puede adoptar diferentes actitudes que determinarán los resultados de su trabajo (al menos en parte); esto hace que quepa la posibilidad de que, a pesar de que las desigualdades sociales estén presentes en la consulta conformando el plantel de pacientes que nos visiten (y que por ese mismo motivo no nos visiten, igualmente), pase todo esto desapercibido sin dejar una clara impronta en nuestra actitud. Manejar parámetros demográficos y epidemiológicos, ser conscientes de qué tipo de pacientes acuden a nuestra consulta y si son iguales que los que vemos por las calles de nuestra zona básica de salud, conocer la profesión de nuestros pacientes y las estructuras familiares..., y sobre todo, hacer que estos datos se reflejen en nuestra forma de hacer las anamnesis, realizar consejos médicos, establecer diagnósticos y proponer tratamientos... conseguir que nuestro trabajo sea un ejemplo de integración activa de la situación de nuestro entorno, los efectos sobre la salud y las medidas que, de forma adaptada a las condiciones de nuestros pacientes, puedan ayudar a que el binomio «situación social-enfermedad» salga lo más favorable posible para la población con la que trabajamos conjuntamente.

### ¿En tu casa, en la mía o en la de todos?

El abordaje de las desigualdades sociales en salud por parte del equipo de Atención Primaria (EAP) se puede llevar a cabo en tres entornos: la consulta de los centros de salud, los domicilios de los pacientes, el entorno comunitario. ¿De qué manera?

### Actuando desde la consulta

La codificación de los diagnósticos de nuestros pacientes teniendo en cuenta aquellos factores no biomédicos que

actúan como centro de los problemas de salud es un factor importante. Para ello deberíamos valorar la utilización de los códigos Z (Z55-Z65. «Personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales») de la CIE-10 para la codificación de procesos mórbidos, incapacidades laborales, partes de defunción..., de este modo, ponemos en evidencia la necesidad de considerar aquellos aspectos del entorno social del paciente no encuadrables dentro de un proceso clínico convencional; un ejemplo sería la codificación como «Problemas relacionados con bajos ingresos» en vez de «trastorno adaptativo». En la misma línea de visibilización de las desigualdades sociales como causas de enfermedades, deberíamos recoger en la historia clínica datos como la profesión, el nivel de ingresos, y el de estudios, u otros de ámbito familiar (número de hijos, fecha de fallecimiento del cónyuge...).

Otro abordaje posible dentro de la consulta consiste en la priorización de pacientes de bajo estatus socioeconómico a la hora de abordar y continuar el seguimiento de diversos episodios... preguntarnos: ¿A qué tipo de pacientes le realizamos el cribado de cáncer de cuello de útero? ¿En qué perfil socioeconómico de pacientes invierto más tiempo para la correcta adherencia al tratamiento en diabetes o hipercolesterolemias con alto riesgo cardiovascular? ¿Sé qué patologías se ven más determinadas por la clase social y utilizo esta variable como si de un factor de riesgo se tratara?

Por último, podríamos señalar que la realización de consultas conjuntas y transversales con otros profesionales del EAP puede ayudar a la prestación de una atención más integral; es una práctica habitual pasar algunas consultas conjuntas con el personal de enfermería, ¿por qué no incluir a los trabajadores sociales en una dinámica de trabajo conjunto con los pacientes?<sup>2</sup>

### Compartiendo el domicilio

El conocimiento del entorno social del paciente no puede limitarse a su aspecto físico y un par de preguntas en la consulta; es una necesidad recuperar el domicilio como un entorno de consulta habitual, sin esperar a que las enfermedades alcancen un estadio terminal donde los médicos hospitalarios intenten entrar sin conocimiento de la biografía del paciente y de su entorno. Cambiar, como dice Fugelli<sup>3</sup>, la obsesión por los hábitos de vida, haciéndole un hueco a las «condiciones de vida» en nuestra práctica clínica. En la inclusión del domicilio como un escenario habitual de consulta reside el primer paso en la toma en consideración de la comunidad en nuestra práctica clínica.

### Involucrándonos en la comunidad

La verdadera disminución de las desigualdades sociales se ha de lograr a través de decisiones políticas<sup>4</sup> tomadas bien desde los ámbitos de poder establecido o desde una sociedad civil cohesionada. El médico de familia y comunidad se encuentra en la obligación de colaborar con los diferentes agentes sociales en el desarrollo y acompañamiento de programas dirigidos al desarrollo local de la población de su zona básica de salud; como resultado de estos programas, que deben abarcar la salud en su concepto más amplio, actuando sobre las causas de las enfermedades, y no tanto sobre éstas de forma directa.

### Referencias bibliográficas

1. Rico A. Desigualdades sociales en salud: procesos causales y evolución reciente en Europa. Documentación Social. 2002; 127:15-44.
2. Wilkinson R, Marmot M. The solid facts. Organización Mundial de la Salud. 2003.



3. Fugelli P. The zero-vision: potential side effects of communicating health perfection and zero risk. *Patient Educ Couns*. 2006 Mar;60(3):267-71.
4. Díez E, Peirò R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit*. 2004. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000400025&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400025&lng=es).

---

Una visión epidemiológica sobre las desigualdades como instrumento para la acción de salud comunitaria  
F.J. Nieto García

#### Objetivos del texto y de la intervención

- Incidir en la importancia de la información epidemiológica en desigualdades de salud.
- Destacar la importancia de un formato claro, accesible y que genere debate a la hora de difundir esta información.
- Presentar la experiencia del modelo de los County Health Rankings en Wisconsin y Estados Unidos y el proyecto desarrollado para la puesta en marcha del Observatorio de Salud en Asturias.

#### EPI-DEMOS: mirar desde arriba a las poblaciones

La epidemiología se define comúnmente como «el estudio de la distribución y los determinantes de los estados de salud o los eventos de salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud»<sup>1</sup>.

Si desglosamos los elementos de esta definición, nos encontramos con tres conceptos u objetivos clave: distribución, determinantes y aplicación.

La epidemiología estudia la ocurrencia de la enfermedad (o cualquier otro fenómeno de salud) en la población-a diferencia de la medicina tradicional, cuyo punto focal es el individuo. Se estudia la «distribución» de los fenómenos de salud/enfermedad en la población y sus subgrupos (definidos con arreglo a criterios geográficos, sociodemográficos, étnicos, etc.). Y ahí es donde surge el concepto de las desigualdades en salud, término bastante genérico pero que se usa habitualmente para referirse a desigualdades con arreglo a criterios raciales/étnicos o a clase social, papel que se le adjudica a una subrama de la epidemiología, la llamada epidemiología social<sup>2</sup>.

En cuanto al estudio de los «determinantes» de esas desigualdades, el desarrollo de la epidemiología social en las últimas tres décadas ha establecido de forma concluyente la importancia de considerar las múltiples interacciones entre una multiplicidad de factores biológicos y de comportamiento de los individuos en su contexto social y cultural (*upstream determinants*)<sup>3</sup>.

Pero, en última instancia, ¿por qué medimos? ¿Cuál es la «aplicación» del conocimiento epidemiológico sobre la distribución de la salud/enfermedad y los determinantes de ésta? No medimos simplemente como un gesto académico aislado de la realidad, sino para generar información relevante (académicamente rigurosa, eso sí) que genere actuaciones tendentes a mejorar la salud de las poblaciones medidas.

#### Mirar desde arriba para actuar desde abajo

El desarrollo de los *County Health Rankings* tuvo lugar en el estado de Wisconsin desde el año 2003<sup>4,5</sup>, y se extendió en el 2010 a todos los Estados Unidos en un proyecto conjunto entre el Departamento de Salud Poblacional de la Universidad de Wisconsin y la *Robert Wood Johnson Foundation*. En junio del 2010 iniciamos un trabajo junto con la Dirección

General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias para incorporar dicho modelo en el desarrollo del Observatorio de Salud en Asturias<sup>6</sup>.

De forma general, las características del modelo de los *County Health Rankings* es el siguiente:

- Partir de un modelo lógico en el que las políticas y programas de salud influyen en los determinantes y resultados de salud. Según este esquema, se proponen una serie de indicadores resumen para el área de resultados en salud y para el área de determinantes de salud.
- Presentar la información en un formato de *snapshot* o «instantánea» (foto de salud) para cada uno de las áreas geográficas que se comparan (condados en Wisconsin, concejos en Asturias). Cada una de los bloques de indicadores tiene una asignación de pesos que permitirá establecer un *ranking* por concejos. La información se presenta como *rankings* y como mapas<sup>7</sup>.
- En dicha «foto de salud» tienen un papel predominante los factores socioeconómicos, conductas de salud y circunstancias del entorno ambiental. El peso del sistema sanitario como determinante en salud varía entre un 10 y un 20 % según los modelos utilizados<sup>8</sup>.
- El modelo refleja de una forma muy gráfica la distribución de desigualdades en un espacio geográfico determinado.
- Un elemento clave de todo el proceso es generar debate con esta información y que ésta llegue a los diferentes agentes comunitarios que intervienen sobre la salud. El proyecto se denomina *Take Action: Mobilizing Action Towards Community Health*<sup>9</sup> y profundiza en la importancia de los diferentes agentes sociales y sanitarios para poner en marcha actuaciones para mejorar los determinantes de salud<sup>10-12</sup>.
- El proyecto se liga también a una base de datos de experiencias y actuaciones comunitarias (*What Works for Health* en Wisconsin<sup>13</sup> y *Asturias Actúa*) donde se reflejan las diferentes intervenciones en un territorio, su incidencia sobre los determinantes de salud, el grado de efectividad y nivel de evidencia disponible para cada una de ellas<sup>14</sup> y el protagonismo que tienen en la reducción de desigualdades en salud.

#### Referencias bibliográficas

1. Szklo M, Nieto F. Epidemiología Intermedia. Conceptos y Aplicaciones. 1ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2003.
2. Berkman L, Kawachi I. Social Epidemiology. 1ª ed. New York: Oxford University Press; 2000.
3. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York: Aldine de Gruyter; 1994.
4. Remington P, Brownson R, Wegner M. Chronic disease. Epidemiology and control. Washington: American Public Health Association; 2010.
5. University of Wisconsin. Population Health Institute: Wisconsin County Health Rankings [Internet]. Wisconsin County Health Rankings. [citado 5 marzo 2011]; Disponible en: <http://uwphi.pophealth.wisc.edu/pha/wchr.htm>
6. Proyecto de desarrollo del Observatorio de Salud en Asturias. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno de Asturias; 2011.
7. Peppard PE, Kindig DA, Dranger E, Jovaag A, Remington PL. Ranking community health status to stimulate discussion of local public health issues: the Wisconsin County Health Rankings. *Am J Public Health* [Internet]. 2008 Feb;98(2):209-12. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18172156>

8. Booske BC, Athens JK, Kindig D, Park H, Remington P. Different perspectives for assigning weights to determinants of health. Country Health Rankings. Working Paper [Internet]. 2010 Feb; Disponible en: <http://dl.dropbox.com/u/2053848/00%20OBSA/differentPerspectivesForAssigningWeightsToDeterminantsOfHealth.pdf>
9. Take Action | County Health Rankings [Internet]. [citado el 5 marzo 2011]; Disponible en: <http://www.countyhealthrankings.org/take-action>
10. Solar E, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO. Commission on Social Determinants of Health; 2007.
11. Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century. The Future of the Public's Health in the 21st Century. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2002.
12. For the public's health: the role of measurement in action and accountability. [Internet]. Washington: National Academies Press; 2010 [citado el 2 febrero 2010]. Disponible en: [http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=13005](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13005)
13. Population Health Institute. University of Wisconsin. What Works for Health - An Evidence Based Resource. Policies and Programs to Improve Wisconsin's Health [Internet]. [citado el 20 julio 2010]; Disponible en: <http://whatworksforhealth.wisc.edu/>
14. Botello B, Cofiño R. Acción y evaluación: desarrollo de una herramienta metodológica para la revisión de la evidencia disponible para las actividades comunitarias en Asturias. 2010.

#### MESA 4

## Mejorando la seguridad del paciente en Atención Primaria

Jueves, 9 de junio / 09.30-11.30 h

Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Luis Galve

### Moderador:

#### Fernando Palacio Lapuente

Médico de familia. CS Ondarreta. Donosti (Guipúzcoa). Especialista en Medicina Interna. Coordinador y fundador del GdT Seguridad del Paciente de la semFYC.

### Ponentes y contenido:

#### 1. Seguridad del paciente en Atención Primaria: más que números

##### Carlos Aibar Remón

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Profesor titular de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Zaragoza. Jefe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

#### 2. Actividades de seguridad del paciente en la Gerencia de Talavera de la Reina

##### María Luisa Torijano Casalengua

Médico de familia. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Licenciada en Medicina y Cirugía. Diplomada en Bioética. Vocal del Comité de Ética Asistencial del Área de Talavera de la Reina. Miembro del GdT Seguridad del Paciente de la semFYC.

#### 3. Medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria (Traducción, adaptación y validación del cuestionario *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*)

##### Guadalupe Olivera Cañadas

Médico de familia. Técnico de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad de Atención Primaria de Madrid. Miembro del GdT Seguridad del Paciente de la semFYC.

## Introducción

### F. Palacio Lapuente

Desde Hipócrates (y antes, con toda seguridad) hasta nuestros días el principio ético de no maleficencia ha estado presente en el actuar de todos los que se han dedicado a la atención sanitaria. Y esto está tan interiorizado que nos hace percibir los daños provocados por la asistencia como esporádicos, en su mayoría leves y en muchos casos inevitables. Vivimos nuestro trabajo como razonablemente seguro. Pero alguien se puso a contar, y apareció el problema. El albadonazo que dio la alarma fueron los estudios de Harvard que se resumen en el *To err is human*: Los servicios sanitarios de Estados Unidos son tan letales como el cáncer de mama o los accidentes de tráfico.

En España también hemos contabilizado y no sólo en hospitales. Éstos son los resultados:

- Episodios adversos producidos en la asistencia hospitalaria. Estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización). La tasa de episodios adversos fue de 9,3 por cada 100 ingresos, de los que un 16 % eran graves (2 o más días de hospitalización).
- Episodios adversos producidos en la asistencia primaria. Estudio APEAS (Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud). La proporción de visitas en las que apareció un efecto adverso es comparativamente muy baja, de un 8,65 por cada mil visitas, y de ellos un 5,9 % fue grave. Así pues, en Atención Primaria (AP), se da un bajo porcentaje de episodios adversos, y pocos de ellos son graves.

Pero en esta profesión no sólo hay que estudiar los porcentajes, sino también los valores absolutos. En España se realizaron en 2008<sup>1</sup> más 206 millones de consultas de medicina de familia, casi 30 millones de pediatría y más de 116 millones de enfermería. Un 8,65 por cada mil da un cifra próxima a los 3 millones de episodios adversos/año. Y el 5,9 % (los graves) de esos 2,5 millones son más de 175.000 episodios adversos graves al año, en las consultas de AP. En hospitales ese cálculo anual, sobre 5 millones de altas hospitalarias, da algo menos de 75.000.

Así pues, tenemos un problema. Nuestra conciencia de que desarrollamos una asistencia segura no es tan acertada como creemos. Así que tendremos que trabajar el tema y para eso estamos aquí.

A lo largo de esta sesión se revisan las siguientes cuestiones:

- Las propuestas de mejora que se extrajeron de los resultados del ya mencionado estudio APEAS. Los episodios adversos son muchos, pero también son muchos los que son evitables (además el porcentaje de evitables es mayor en los graves). En seguridad del paciente (SP) no se trata nunca de buscar culpables, sino de poner en marcha barreras frente al error, y en esta primera parte nos hablarán de algunas de particular relevancia.
- La organización de la SP en la Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Su Unidad Funcional de Gestión de Riesgos y Comisión Técnica de Seguridad del Paciente ha desarrollado diferentes líneas de trabajo, con la inclusión de la SP en los contratos de gestión. En Talavera, la SP es una competencia transversal, que trata de facilitar una asistencia cada día más segura.
- Y, finalmente, la versión española de la encuesta *Medical Office Survey On Patient Safety Culture* (MOSPCS) de la AHRQ, que el GdT de la semFYC para la SP ha validado y está en proceso de aplicación en todo el territorio español. La seguridad va calando en nuestra cultura profesional y ya necesitamos un instrumento válido, y específico

para AP, que permita medir la eficacia de los esfuerzos que se hacen para promoverla.

### Referencia bibliográfica

1. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Actividad Asistencial Atención Primaria. Sistema Nacional de Salud. Informe resumen 2007-2008. Disponible en: <http://www.mspsi.es> (consultado el 3 de marzo de 2011).

## Seguridad del paciente en Atención Primaria: más que números

### C. Aibar Remón

El proyecto APEAS (Eventos Adversos en Atención Primaria de Salud en España), promovido por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, tenía por finalidad: explorar la magnitud e impacto de los episodios adversos (EA) relacionados con la atención recibida en este nivel, analizar los factores que contribuyen a su aparición, conocer las barreras para la seguridad de los pacientes en los profesionales de Atención Primaria (AP) y plantear estrategias preventivas encaminadas a su reducción y control.

En su primera fase, encaminada a conocer la prevalencia de episodios adversos en el primer nivel asistencial, contó con la participación de una muestra de oportunidad de 251 médicos de familia, 49 pediatras y 152 diplomados de enfermería, pertenecientes a 48 centros de atención primaria de 16 comunidades autónomas y puso de manifiesto que la frecuencia de EA en este nivel era de 11,18% (IC 95 %: 9,48-10,74). En el 48,2 % de los casos, los factores causales del EA estaban relacionados con la medicación, en el 25,7 % con los cuidados, en el 24,6 % con la comunicación, en el 13,1 % con el diagnóstico, en el 8,9 % con la gestión y en un 14,4 % existían otras causas. Se consideraron EA completamente inevitables el 6,7 %, poco evitables el 23,1 %, y claramente evitables el 70,2 % de los casos.

Al considerar la naturaleza de los EA, se constató que el 47,8 % de los EA detectados estaban relacionados con la medicación, en el 19,9 % se caracterizó por un empeoramiento del curso evolutivo de la enfermedad de base. Las infecciones asociadas a los cuidados de cualquier tipo representaron el 8,4 % del total de los EA, el 10,6 % se asociaron a algún procedimiento, y el 6,5 % con los cuidados<sup>1</sup>.

Sin embargo, el conocimiento de su frecuencia, distribución e impacto es sólo el primer paso para la gestión del riesgo clínico. Incidentes y EA no ocurren al azar y analizar los factores contribuyentes y explorar las soluciones son las siguientes etapas de la investigación en seguridad de pacientes<sup>2,3</sup>.

En este sentido, el estudio epidemiológico se complementó con una segunda fase, utilizando como metodología de trabajo la realización de grupos focales integrados por 26 coordinadores de centros que habían participado en la primera fase, centrando la discusión y el análisis en cuatro de los aspectos detectados en la primera fase y considerados como frecuentes y evitables: mejora del uso del medicamento, reducción del riesgo de infección, disminución del riesgo de úlceras por presión y no empeoramiento del curso evolutivo de la enfermedad de base del paciente, con el fin de priorizar por consenso las estrategias a desarrollar.

En los cuatro grupos, se planteó como referencia de trabajo el esquema propuesto por la *Joint Commission* para implementar las llamadas Soluciones para la Seguridad del Paciente, entendidas como «todo diseño o intervención de sistema que haya demostrado la capacidad de prevenir o mitigar el daño al paciente, proveniente de los procesos de atención sanitaria»<sup>4</sup>. La discusión se centró, de este modo, en los siguientes

apartados: descripción del problema en términos de magnitud e impacto en función de la información proporcionada en la primera fase del APEAS, análisis de los factores contribuyentes, utilizando diagramas de Ishikawa y evaluación de las posibles estrategias considerando para cada una: la eficacia y solidez de la evidencia, factibilidad y barreras potenciales para la implementación, oportunidades de involucrar al paciente y la familia, posibles riesgos de su implementación y posibilidades de generalización y adaptación local.

De este modo, las tres estrategias recomendadas con mayor grado de consenso para cada uno de los aspectos de mejora fueron: 1) la identificación y registro de pacientes con alergias e interacciones, la revisión trimestral de los fármacos de pacientes de riesgo y revisión trimestral de los fármacos del paciente polimedcado y/o siempre que exista cambio de tratamiento en el caso de la mejora del uso del medicamento; 2) alertas ante situaciones graves, formación e informe al alta del paciente hospitalizado con el principio activo para no empeorar el curso evolutivo de los pacientes; mejora de la higiene de las manos, control de la antisepsia y desinfección e información/educación al paciente (automedicación e higiene) para reducir el riesgo de infección y por último, 3) educación sanitaria a pacientes y cuidadores, información/educación al paciente (automedicación e higiene) y criterios para solicitud de pruebas diagnósticas para reducir el riesgo de úlceras por presión.

Incidentes y EA anidan en todos los escalones del sistema sanitario y por tanto, es necesario que todos los profesionales de los diferentes niveles asistenciales participen y se involucren en el reconocimiento, análisis y comunicación de éstos, siendo primordial la coordinación entre el medio extrahospitalario y hospitalario.

El estudio ha demostrado que los EA en AP constituyen un problema multicausal y en gran medida evitable, en cuyo origen están comprometidos factores relacionados con el uso de fármacos, la comunicación, la gestión y los cuidados.

### Agradecimientos

Este trabajo no hubiera sido posible sin la financiación de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y la colaboración voluntaria y desinteresada de todos los profesionales que participaron en el estudio y el grupo IDEA (<http://www.dsp.umh.es/proyectos/idea/>).

### Referencias bibliográficas

1. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
2. Aibar C, Aranaz JM, García-Montero JJ, Mareca R. La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(Supl 3):12-7.
3. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en Seguridad del Paciente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf). (Consultado el 19 de febrero de 2011).
4. JCAHO. Soluciones para la seguridad del paciente. Disponible en: <http://www.ccforspatientsafety.org/Common/pdfs/fpdf/ICPS/PatientSolutionsSpanish.pdf>. (Consultado el 19 de febrero de 2011).

Actividades de seguridad del paciente en la Gerencia de Talavera de la Reina  
M.L. Torijano Casalengua

La Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina cubre un área al oeste de la provincia de Toledo, dispone de

17 centros de salud, 5 urbanos y 12 rurales, 93 consultorios y 13 puntos de atención continuada para dar cobertura a casi 160.000 habitantes.

Comenzamos a trabajar específicamente en la entonces Seguridad Clínica entre finales de 2006 y principios de 2007. Desde la Comisión de Calidad y el Servicio de Farmacia de la Gerencia hasta la constitución de la actual Unidad Funcional de Gestión de Riesgos y Comisión Técnica de Seguridad del Paciente<sup>1</sup>, se ha trabajado en múltiples líneas, como la aproximación a la situación inicial mediante cuestionario sobre percepción de errores, actividades de mejora de la cultura de seguridad tanto en profesionales como en usuarios mediante acciones formativas y de difusión a través de los medios disponibles (página web, revista cuatrimestral, etc.), sin olvidar el impulso que supuso la inclusión de determinados objetivos en el contrato de gestión anual aprovechando alguna de las propuestas de mejora que se derivaron del estudio APEAS. Sin embargo, es necesario resaltar que se ha trabajado y cada vez se trabaja en seguridad del paciente desde más puntos de la Gerencia convirtiéndose en una competencia transversal y siendo el principal objetivo, llegar a los profesionales que trabajan en primera línea en nuestros centros de salud y consultorios, con cuestiones que les sean de utilidad en su trabajo diario: promoción de la medicina y enfermería basada en la evidencia de cara a disminuir la variabilidad clínica, actividades de difusión para la comunidad, prevención de errores en la medicación y mejora en la gestión de la cadena de frío o prevención de episodios adversos en cirugía menor son algunas de las líneas, pero la Gerencia, para no centrar la intervención en un mero listado de actividades o tareas, ha priorizado para exponerlas, por el esfuerzo dedicado en ellas y su impacto en la seguridad del paciente, aquellas áreas que han sido destacadas como causas fundamentales de episodios adversos en el estudio APEAS<sup>2</sup>, la comunicación en las transiciones asistenciales<sup>3</sup> y la medicación sobre todo en urgencias<sup>4</sup> ya que creemos que se trata de un punto crítico en el que los errores puede ser fatales y, por supuesto, sin olvidar, por el esfuerzo empleado en ella también, la estrategia en cuanto a higiene de las manos<sup>5</sup> se refiere.

Con respecto a la mejora de la comunicación en las transiciones asistenciales y pensando en los profesionales de Atención Primaria (AP) y de urgencias y emergencias que cuando llegan a un domicilio no suelen disponer de documentación a mano que esté actualizada, se trabajó intensamente por un proyecto con el fin de crear un documento único para el área que fuese útil en estas situaciones. Gracias a la colaboración con los SSCC, un proyecto que era local ha logrado extenderse a toda la región ya que desde Turriano, nuestra historia clínica electrónica, se obtiene de forma muy rápida este documento, que dispone de los datos clínicos fundamentales del paciente que puede precisar atención a domicilio.

La fortaleza de este proyecto se encuentra en que desde su gestación participaron en él usuarios, profesionales y gestores. Posteriormente fue evaluado su impacto, tras 1 año de utilización, se encontraron áreas de mejora a implementar y se mantiene vigente en el momento actual.

Con respecto al uso de medicación, como se indicaba con anterioridad, y dentro de toda una estrategia para el desarrollo de buenas prácticas en materia de errores de medicación, nos centramos por su trascendencia y posible repercusión en cuanto a seguridad se refiere, en las actuaciones sobre la medicación de alto riesgo en situaciones de urgencia:

- Homogeneización de la medicación de los carros de parada en toda el área sanitaria, selección de la forma más

adecuada para su almacenamiento, revisión y mantenimiento, sin olvidar la difusión realizada de estos conceptos, así como de su adecuada utilización y la evaluación a los 6 meses de la implementación del proyecto. La utilidad e interés suscitados han originado la petición de ampliación del proyecto a consultorios locales, y la homogeneización también del material sanitario del carro de parada.

- Elaboración y difusión de un protocolo sobre órdenes verbales en la administración de medicación en urgencias.
- Sistematización de la gestión de medicamentos fácilmente confundibles (*sound alike* y *look alike*).

Relacionado también con las urgencias en nuestro ámbito, merece la pena mencionar la homogeneización y actualización de toda la información y cartelería existente en cuanto a emergencias y soporte vital avanzado en todos los centros de salud del área.

Y por último, destacar la estrategia llevada a cabo en higiene de manos, según la cual todos los centros y consultorios del área disponen de preparados de base alcohólica y de la formación necesaria para su uso adecuado. Se ha realizado formación tipo «Formador de Formadores» tanto para nuestra área sanitaria como para otras áreas en la región y se ha comenzado con la difusión de estos conceptos a la comunidad. La medición de los indicadores relacionados con la estrategia durante 2 años muestra, a pesar de los esfuerzos realizados, la necesidad de continuar insistiendo y trabajando para lograr un cambio positivo en este aspecto.

Este año trabajamos, entre otros proyectos, en la apertura y mantenimiento del primer centro de salud libre de látex en nuestra comunidad, en la formación de ciudadanos que sean a su vez formadores en Seguridad del Paciente y en la difusión y potenciación de la notificación de episodios adversos.

No obstante, queda mucho camino por recorrer y se apuntan las líneas de futuro para nuestra Gerencia, cuyo objetivo final no es otro que conseguir la gestión de riesgos clínicos en el propio centro de salud, replicar la actividad de la Comisión Técnica de Seguridad del Paciente en el punto donde los profesionales realizan la asistencia. Es preciso, finalmente, destacar el gran esfuerzo realizado por muchos profesionales de todos los estamentos que, día a día, con gran compromiso y motivación, trabajan por el mantenimiento de estos proyectos que buscan el incremento de la seguridad de los pacientes en nuestros centros de salud.

#### Referencias bibliográficas

1. Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2009-2012 [Internet]. Toledo: SESCAM; 2008 [consultado el 03/03/2011]. Disponible en: [http://gaptalavera.sescam.jccm.es/web1/gaptalavera/prof\\_calidad/Plan\\_estrategico\\_seg\\_paciente\\_sescam2009.pdf](http://gaptalavera.sescam.jccm.es/web1/gaptalavera/prof_calidad/Plan_estrategico_seg_paciente_sescam2009.pdf)
2. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [consultado el 03/03/2011]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/resumenEstudioApeas2008.htm>
3. Patient Safety Solutions [Internet]. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions; 2007. Volumen 1, solution 3 [consultado el 03/03/2011]. Disponible en: <http://www.ccfpatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/presskit/PS-Solution3.pdf>
4. Prácticas para mejorar la seguridad de medicamentos de alto riesgo [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [consultado el 03/03/2011]. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/practicas\\_seguras\\_medicamentos\\_alto\\_riesgo.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/practicas_seguras_medicamentos_alto_riesgo.pdf)

5. Palacio J, Aibar C, Mareca R. La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria adapta las recomendaciones sobre higiene de las manos de la Organización Mundial de la Salud para atención primaria. *Aten Primaria*. 2010;42:401-2.

### Medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria (Traducción, adaptación y validación del cuestionario *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*)

G. Olivera Cañadas, M.P. Astier Peña, J.A. Maderuelo Fernández, C. Silvestre Busto, M.L. Torijano Casalengua, y GdT Seguridad del Paciente de la semFYC

*Proyecto financiado por el Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad (MS y PSI).*

#### Descripción del proyecto

El proyecto lo lidera el Grupo de Trabajo Seguridad del Paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) y está patrocinado por el Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad (MS y PSI). El objetivo es evaluar la percepción de la cultura de seguridad del paciente en la Atención Primaria (AP) del territorio nacional. La primera fase, ya finalizada, es la que se presenta en este congreso y ha consistido en la traducción al castellano, adaptación transcultural y validación del cuestionario *Medical Office Survey on Patient Safety* (MOSPS) de la *Agency Health Research and Quality* (AHRQ).

#### Introducción

La difusión de la cultura de la seguridad del paciente en todos los niveles asistenciales es una línea estratégica de la política de calidad del MS y PSI. Hasta ahora, se ha medido la percepción de la seguridad del paciente por parte de los profesionales, en el entorno de la atención especializada, pero los cuestionarios utilizados no reflejan la realidad de la AP. La AHRQ ha publicado un cuestionario para medir la cultura de la seguridad del paciente en el entorno de la atención médica ambulatoria, que recoge las características fundamentales del trabajo en AP, por lo que el Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente de semFYC, lo ha considerado idóneo para traducirlo, adaptarlo y ponerlo a disposición del Sistema Nacional de Salud, con el fin de que pueda ser aplicado en las organizaciones, los centros de salud y las consultas de medicina de familia.

#### Metodología

Cuando se adapta un cuestionario de otra cultura a la propia, se debe hacer un instrumento equivalente al desarrollado en el país de origen en cuanto al «constructo» de lo que se quiere medir, pero teniendo en cuenta las matizaciones propias de la cultura en la que se va a aplicar. El cuestionario original consta de 62 preguntas, la mayoría de ellas con opciones de respuestas categorizadas según la escala tipo Likert. El cuestionario explora 12 dimensiones que configuran el constructo de cultura de seguridad del paciente, y que se refieren a: cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente o la calidad de la atención en los consultorios médicos, intercambio de información con otros dispositivos asistenciales, presión asistencial y ritmo de trabajo, formación de personal no sanitario, procedimientos del centro y normalización de los mismos; seguimiento en la atención al paciente, comunicación abierta entre el personal, comunicación acerca del error, aprendizaje de la organización, percepción general de la seguridad del paciente y calidad, soporte de liderazgo para la seguridad del paciente y trabajo en equipo.

Esta primera parte del proyecto se ha llevado a cabo en varias etapas que se describen a continuación muy someramente. Se han realizado dos traducciones al español y dos retro-traducciones de nuevo al inglés. Después de cada una de ellas, se ha hecho siempre una evaluación gramatical, lingüística y semántica de lo traducido para poder valorar la equivalencia conceptual, la claridad y la naturalidad de cada una de las frases y opciones de respuesta, más un minipiloteo con la técnica de *debriefing* que ha servido para evaluar la aceptabilidad y la viabilidad del cuestionario.

Se ha llevado a cabo también un análisis de legibilidad con la fórmula de Szigriszt y se ha hecho el análisis sobre la validez del contenido preguntado a dos expertos en cuestionarios. Este último análisis ha llevado a tomar la decisión de duplicar seis preguntas que recogen la perspectiva de la seguridad del paciente por parte de los profesionales sanitarios y que en el original eran preguntas únicamente para no sanitarios.

Finalmente se ha evaluado las características métricas, validez de constructo, fiabilidad y consistencia interna con un pilotaje del cuestionario seleccionando una muestra de 185 profesionales de varias comunidades autónomas.

#### Resultados

Tras realizar todas las etapas previas, tenemos dos instrumentos para explorar la percepción de los profesionales de AP sobre la cultura de seguridad del paciente. Uno ajustado a la versión americana con igual número de variables y otro adaptado a la percepción de los profesionales españoles con seis preguntas duplicadas orientadas a recoger matices de los profesionales sanitarios sobre la cultura de seguridad del paciente. La aplicación de la fórmula de legibilidad de Szigriszt al cuestionario dio un valor de 75,87, equivalente al rango «bastante fácil de leer».

De los 185 participantes el (68,6 %) eran profesionales sanitarios, (40,5 % médicos, 25,9 % enfermeras), un 2,2 % pertenecientes a otras profesiones sanitarias; un 11,4 % era personal administrativo y un 19,6 % gestores sanitarios.

El poder de discriminación fue bueno para todas las preguntas incluidas las seis sentencias nuevas, que no alteraron la validez del constructo. El valor del coeficiente alfa de Cronbach, para ambos cuestionarios, fue de 0,96 para el total de la escala, lo que significa que tienen una alta consistencia. El análisis factorial exploratorio agrupó toda la información de cada uno de los cuestionarios en 15 dimensiones, con una adscripción de variables idéntica en 7 de las 12 dimensiones del cuestionario original.

Ha habido secciones con una amplia tasa de no respuesta (superior a un 15 %) sobre todo en las dimensiones de: «Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad», «Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales», «Aprendizaje organizacional» y «Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad». La tasa de no respuesta es posible que esté condicionada por la distinta organización del sistema sanitario en un país y otro, y el papel claramente diferenciado en cuanto a asignación de tareas de los profesionales nuestros respecto de los americanos y, a su vez, muy diferentes entre profesionales sanitarios y no sanitarios en nuestro país.

#### Conclusiones

La evaluación del cuestionario pilotado permite concluir que el cuestionario de la AHRQ traducido, adaptado y ampliado para nuestro medio es un instrumento válido y fiable para la medición de la cultura de la seguridad en Atención Primaria de Salud.

Características como el tiempo empleado en la cumplimentación del cuestionario o la sencillez y amenidad del formato son cuestiones muy importantes que pueden ser mejoradas. La opinión generalizada de los encuestados es que se trata de un cuestionario largo, aunque de temática interesante, lo que permite concluir que aunque el cuestionario original traducido, adaptado y ampliado de la AHRQ es válido y fiable y debe emplearse para las comparaciones internacionales en cuanto a las mediciones de cultura de seguridad, en nuestro ámbito sería más adecuado y manejable un cuestionario con menor número de ítems de cara a facilitar la cumplimentación. Actualmente se está en la fase de explotación, siendo la población de referencia la constituida por todos los profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, que desarrollan su labor en el ámbito de Atención Primaria de las 17 comunidades autónomas de España.

#### MESA 5

### Ética de la relación entre niveles asistenciales

Jueves, 9 de junio / 15.30-17.30 h

Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Luis Galve

#### Moderador:

**Rogelio Altisent Trota**

*Médico de familia. CS Actur Sur. Zaragoza. Coordinador del GdT Bioética de la semFYC. Coordinador del Grupo de Investigación de Bioética. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.*

#### Ponentes y contenido:

1. Hacia un entendimiento: compartiendo valores

**Marisa Rubio Montañés**

*Médico de familia. CAP Montilivi. Girona.*

2. Prescripción inducida: en busca de soluciones

**Eduardo Puerta del Castillo**

*Médico de familia. CS San Isidro. El Chorrillo (Tenerife).*

3. Sobre la ética de la relación entre niveles asistenciales y la necesidad de un diseño inteligente

**José Ramón Vázquez Díaz**

*Médico de familia. UD de MFyC de La Laguna-Tenerife Norte.*

*Tenerife.*

#### ¿Hay motivo para la esperanza?

**R. Altisent Trota**

La coordinación entre niveles asistenciales ha sido tradicionalmente un «agujero negro» de la gestión sanitaria española donde se alojan deficiencias que afectan seriamente a la calidad asistencial, y donde pensamos que actualmente hay grandes oportunidades de mejora para revitalizar un sistema sanitario en grave peligro de subsistencia.

¿Sabemos cuál es la percepción de los pacientes, que después de todo son quienes dan pleno sentido a estas inquietudes? Hemos hecho una encuesta a pie de consulta a algunos pacientes: 1) ¿Piensa que los médicos de familia y los demás especialistas se relacionan entre sí lo suficiente para atender a las personas que necesitan su atención? ; 2) ¿Qué les pediría a unos y a otros, para mejorar esta situación? Tenemos algunas de sus respuestas en formato audiovisual: «no se relacionan lo suficiente»; «el trato es bueno pero no hay relación»; «no se relacionan nada», «allí te quitan y aquí te ponen»; «que digan lo mismo»; «que estén más en contacto»; «que tengan más comunicación»; «que se llamen», «que se reúnan; que lean los informes»; etc.

A pesar de los reiterados intentos por buscar soluciones técnicas y organizativas para superar los problemas que se generan en esta relación entre la Atención Primaria (AP) y otras especialidades, más allá de la retórica, pasan los años –las décadas– sin alcanzar soluciones generalizables.

Dos ejemplos de experiencia común cuyo reconocimiento no se presta a demasiada controversia:

- El caso de las bajas laborales prolongadas por el fracaso de la coordinación entre niveles asistenciales, donde se abre una grieta por la que se escapan los recursos a chorros.
- La insatisfacción humana y profesional que produce la falta de cooperación entre el primer y el segundo nivel, lo cual no es fácil de cuantificar, y genera un notable coste, tanto económico como en forma de desgaste emocional.

El diagnóstico no ofrece demasiadas dudas, la enfermedad es grave, la cuestión es si es o no curable. Pensamos que sí que tiene tratamiento, pero sólo si se acierta en la terapia, pues de hecho hay oasis y experiencias aisladas donde se han experimentado soluciones que permiten mejorar.

Esta ponencia se propone analizar la dimensión ética y los valores profesionales que subyacen a este problema desde la hipótesis de que este abordaje aportará algunos elementos, escasamente explorados hasta ahora, que son una condición necesaria para lograr mejoras significativas en esta área tan crítica y determinante para el sistema sanitario.

En primer lugar, se dan a conocer algunas recientes investigaciones cualitativas realizadas en encuentros de médicos de familia con otros especialistas, junto con el criterio de gestores, donde se han explorado las claves éticas que pueden ser decisivas para mejorar esta relación, en beneficio de los pacientes. ¿Es posible un nuevo escenario como resultado de participar valores profesionales comunes? ¿Puede atisbarse el modo de lograrlo?

En segundo lugar, se trata la prescripción inducida que se vive en AP como un paradigma de esta relación distorsionada entre niveles asistenciales, que también conviene analizar desde la perspectiva ética y deontológica. ¿Sigue vigente el principio ético de la libertad de prescripción? Pensamos que esto es así, entonces, ¿cómo se deben resolver las discrepancias entre niveles?

Por último, una reflexión desafiante sobre el presente y el futuro de la filosofía del modelo asistencial. ¿Nos encontramos donde nos ha dejado la cuesta abajo? ¿Estamos dispuestos a reconstruir un modelo que sea más inteligente que el actual? ¿Qué hacemos con la medicina de familia? ¿Qué somos, qué se espera de nosotros y qué queremos ser? ¿Qué les estamos enseñando en la práctica a las nuevas generaciones de médicos de familia?

#### Hacia un entendimiento: compartiendo valores

**M. Rubio Montañés**

La seguridad de los pacientes y la eficiencia de los sistemas sanitarios dependen, en buena medida, de la coordinación entre los profesionales responsables del paciente. Para conseguirlo, es imprescindible el trabajo en equipo. Un equipo se define como un grupo de personas que comparten no sólo objetivos de desempeño, sino valores, actitudes y normas.

La relación entre profesionales de distintos contextos asistenciales es percibida por los médicos de familia, los especialistas hospitalarios y gestores como un fenómeno complejo de difícil solución. Sin embargo, todos pertenecemos a un colectivo, los médicos, que señala como fraterna la clase de relación que debemos establecer entre nosotros. Describir y explicar las dificultades es, básicamente, un trabajo interpretativo necesario para aplicar estrategias eficaces que

hagan del funcionamiento entre AP y atención especializada el propio de un equipo.

Mediante el método de grupos de discusión se ha tratado de estudiar en profundidad las experiencias y percepciones de los profesionales en cuanto a la relación entre AP y atención especializada.

Los discursos de los participantes redundan en la vivencia de constituir mundos extraños, el espíritu de pertenencia a un cuerpo profesional único se ha roto, fruto de una organización demasiado compleja, una inevitable especialización de la medicina y la distancia, no sólo física sino cultural.

Las fuentes de conflictos están bien documentadas en la literatura médica: los déficit de información, la discontinuidad en los planes de cuidado y las diferencias de criterio en las pautas de tratamiento. Los conflictos son especialmente dolorosos cuando la distancia y la falta de conocimiento mutuo crean la percepción de constituir colectivos profesionales extraños. De la confraternidad promulgada por los códigos deontológicos apenas queda nada cuando se trata de juzgar la relación con un compañero del que tan siquiera se conoce el nombre o se reconoce el rostro.

Los períodos de formación posgrado, aún compartiendo largos períodos comunes, vividos siempre en el ámbito hospitalario, dejan, en los médicos de AP, la sensación de menosprecio al potencial docente de este ámbito.

Las presiones externas justifican disensos en cuestiones relacionadas con los planes de cuidados o la utilización de los fármacos. Unos ponen el énfasis en la influencia de las instituciones, otros en la industria farmacéutica y otros en el tipo de contratación. En cualquier caso, es evidente la vulnerabilidad a motivaciones externas. Si consideramos esta capacidad de independencia como un valor fundamental para seguir siendo considerados profesionales, y no meros empleados altamente cualificados, parece necesario un rearme moral del colectivo.

El reconocimiento del bien del paciente como valor nuclear de la profesión está presente en los discursos de gestores, médicos de familia y de hospital. En la práctica esto se traduce, en unas ocasiones, en actos de aproximación, superando las barreras, y se consigue una comunicación personal y directa con el especialista hospitalario. En otras, en el reconocimiento de los propios límites competenciales, que obligan a delegar en un compañero el protagonismo de la atención.

La dimensión social de este valor se traduce en la utilización responsable de los recursos. Desde la perspectiva de los gestores, esta visión comunitaria de la medicina precisa de mayor sensibilización en todo el colectivo, particularmente en el sector de la medicina hospitalaria.

Las dificultades que encuentran los profesionales se centran en las expectativas desproporcionadas y poco realistas que la misma sociedad ha creado de la medicina.

Los discursos, tanto de los profesionales asistenciales como de sus gestores, abren luces de esperanza cuando nos acercamos a contextos de mediana complejidad. La cercanía de los especialistas provenientes de hospitales comarcales, o de segundo nivel, hace más fácil la tarea de los gestores para promover encuentros personales donde poner en común, más allá de protocolos y guías de actuación, las estrategias que se deben seguir con pacientes concretos en situaciones únicas.

El conocimiento personal se identifica como una condición para establecer una relación fluida y eficaz; el trato personal trae de la mano no sólo el reconocimiento del rostro, sino la comprensión de las circunstancias que justifican las decisiones y las actuaciones ajenas. La confianza nace del conocimiento mutuo y permite hacer realidad la tolerancia y el

respeto ante actitudes y comportamientos diferentes a los que uno habría adoptado.

La forma de experimentar el significado de ser médico es, y probablemente seguirá siendo, diferente entre los médicos de familia y demás especialistas. Sin embargo, si conocerse genera confianza, respeto y tolerancia, hay motivos para la esperanza. Trabajar en equipo será posible si somos capaces de hacer realidad estrategias de aproximación personal.

## Bibliografía

- Altisent R. El papel de los códigos profesionales: ¿privilegio o bien social? En: Lolas F, editor. Dimensiones Éticas de las Regulaciones en Salud. Santiago de Chile: Monografías de Acta Bioethica-Programa de Bioética-OPS/OMS 2009. p.103-16.
- Barreiro Sorribas C, Carreño Miniño O. El trabajo en equipo. AMF 2011;7(2):72-81.
- Consejo General de Colegios de Médicos. Código de ética y deontología médica. Madrid: Consejo General de Colegios de Médicos;1999 [citado 13 julio 2010] Disponible en: <http://www.cgcom.org/deontologia>
- Herranz G. Relaciones de los médicos entre sí. En: Comentarios al código de ética y deontología médica. Pamplona: Ed. Eunsa; 1995.
- Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. JAMA. 2007;297:831-40.
- Kvamme OJ, Olesen F, Samuelsson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQuiP). Qual Health Care. 2001;10: 33-9.
- Stein E. Sobre el problema de la empatía. Madrid: editorial Trotta; 2004.

## Prescripción inducida: en busca de soluciones E. Puerta del Castillo

La prescripción inducida es uno de los temas recurrentes en cualquier sesión de farmacia que se realiza en los centros de salud. Recurrente porque los médicos de Atención Primaria (AP) saben que las recetas que firman, en muchas ocasiones, no obedecen a su actividad propia como médico, sino más bien a la de un «escribano», ya sea en papel o informático, del especialista de turno. En otras ocasiones responde a demandas de los pacientes o a prescripciones generadas desde la medicina privada, sin que medie un auténtico acto médico. Sea cual fuere el origen de la prescripción inducida, es un tema recurrente porque este hecho limita la capacidad real de mejorar de un médico: lo que parece que él hace, frente a lo que realmente quiere hacer.

«La prescripción farmacológica en Atención Especializada está regulada y tanto en el Hospital y como en consultas externas se han de entregar las recetas o los medicamentos necesarios para iniciar tratamiento hasta que el paciente pueda ser atendido en la consulta de su Médico de Atención Primaria».

Para conseguir reducir los efectos negativos de la prescripción inducida (burocratización de la AP, desacuerdo y frustración por parte del facultativo de este nivel asistencial, y falta de comunicación y coordinación entre los médicos de familia y los especialistas), algunos expertos coinciden en la necesidad de mejorar la calidad asistencial de la AP, incrementando el tiempo de consulta y potenciando la formación clínica y farmacológica de los facultativos. Por ello, además del esfuerzo de los profesionales sanitarios, estos expertos también reclaman a la Administración que asuma

sus propias responsabilidades y tome las medidas necesarias para conseguir estos objetivos, lo cual repercutirá positivamente en la mejora de la calidad asistencial y en el control del gasto sanitario. De esta manera, se conseguiría reducir el porcentaje de prescripciones inducidas si los médicos de familia incrementaran su capacidad de resolución y disminuyeran el número de derivaciones a la atención especializada. Esto se lograría con una actitud activa y una mejor formación del médico, que permitiera gestionar la prescripción inducida y actuar sobre ella para llevarla a unos niveles adecuados. Al mismo tiempo, es necesario un cambio de relación entre los médicos de AP y especializada, que ha de basarse en la consulta y los consejos profesionales, en lugar de la imposición que en la práctica se plantea, ya que aunque el médico de familia tiene libertad para prescribir, en el actual escenario puede resultar problemático modificar un tratamiento sin generar un conflicto.

Lo que condiciona en último término que un paciente acepte de buen grado la modificación de un tratamiento indicado por un especialista es el grado de confianza que el paciente tenga en su médico; una confianza que no es espontánea, sino adquirida y que exige disponer de un tiempo mayor de consulta para dedicarlo al paciente.

El problema no radica en la simple mecanización de las recetas médicas, sino que, según la ley, el médico «ejecutor» de las recetas, al firmarlas es quien se responsabiliza de los efectos adversos o indeseados del tratamiento. Esto lleva a que algunos movimientos de desburocratización propongan, para evitar esta derivación de obligaciones, impuestas por el sistema, que los niveles diferentes de la medicina familiar y comunitaria prescriban el tratamiento completo para el paciente hasta la próxima revisión, y sólo cuando por un proceso crónico este tratamiento sea de larga duración, y esté estabilizado en la balanza de riesgos-beneficios, entonces valorar el traslado de la prescripción al médico de familia.

Para abordar la problemática de la prescripción inducida, o «impuesta» por la planificación de nuestra sanidad, se han propuesto algunas posibles soluciones en una serie de puntos críticos: recetas indicadas por tratamiento hospitalario privado-concertado, planes de choque o similares (intervenciones quirúrgicas, exploraciones, etc.); recetas de fármacos de diagnóstico hospitalario que luego debe visar el servicio de inspección; prescripciones realizadas por atención especializada hasta próxima revisión (incluidas las pautadas por los servicios de urgencias); continuación de tratamientos prescritos por atención especializada que no se consideran adecuados por el médico de familia; emisión de recetas prescritas en el ámbito privado; recetas de organismos privados concertados.

Es necesario plantear esta situación ya que la acción de no hacer daño desde la reflexión bioética (no maleficencia) se contraponen a los riesgos de la práctica. Aplicando tanto una ética de mínimos como de máximos, el médico prescriptor se encuentra envuelto en una auténtica red de conflictos éticos. «Muchas veces, el médico de familia se siente desbordado y en desacuerdo con la prescripción inducida, pero sólo una pequeñísima parte de este colectivo cambia el tratamiento indicado desde atención especializada, quizá por la presión asistencial y porque carece de tiempo para analizar en profundidad cada caso concreto y buscar otra alternativa terapéutica».

El concepto de prescripción compartida sería una manera correcta de obrar en el escenario propio de nuestra sanidad, se establecería una relación de mayor comunicación y acuerdo entre los niveles asistenciales, fundamentado en principios éticos: mejorar la atención de los pacientes crónicos y evitar las interacciones (beneficencia y no malefican-

cia), respetar las preferencias del paciente sobre qué profesional desea que asuma su principal cuidado (autonomía), consensuar criterios de eficiencia en la prescripción (justicia). Además, esta prescripción compartida permitiría realizar un *feed-back* entre los diferentes niveles haciéndolos crecer en el ámbito del conocimiento.

### Bibliografía

- Circular interna 8/96. Acta de la Comunidad Autónoma de Madrid (Octubre 1996).
- Díaz Grávalos GJ, Palmeiro Fernández G, Núñez Masid E, Casado Górriz I. Opinión de los médicos de atención primaria de Ourense sobre algunos aspectos de su prescripción farmacéutica. *Rev Esp Salud Pública*. 2001;75(4):361-74.
- Grupo de Gestión de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària. Medidas concretas para la desburocratización de las consultas de Atención Primaria. Barcelona: semFYC 2008. p. 10-3.
- Martín G. *Rev Esp Econ Salud*. Jun 2002;1(2):24-6.
- Morales Acedo MJ, López Téllez A, Jiménez Muñoz JM, González Pastor JA, Alcaide Andrades J, Navarro Jiménez JM. Solicitudes de prescripción inducida en el Centro de Salud Trinidad de Málaga. *Medicina General*. 2000;29:949-54.
- Pérez Gil S, Millas Ros J, López Zúñiga MC, Arzuaga Arambarri MJ, Aldanondo Gabilondo A, San Vicente Blanco R. Análisis de la prescripción inducida en una comarca de atención primaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2010;25:321-6.
- Salvador P, del Llano Señarís J, Quecedo Gutiérrez L, Villar Díaz N, Raigada González F, Ruiz Ferrán J. Diccionario de Gestión Sanitaria para Médicos. Fundación Abbot. p. 241.
- Sobre la Libertad de Prescripción. Declaración de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial. Madrid, 2011. Disponible en: [http://www.cgcom.es/noticias/2011/03/11\\_03\\_08\\_comunicado\\_prescripcion](http://www.cgcom.es/noticias/2011/03/11_03_08_comunicado_prescripcion)

### Sobre la ética de la relación entre niveles asistenciales y la necesidad de un diseño inteligente

J.R. Vázquez Díaz

La relación entre niveles asistenciales, en lo que tiene que ver con los flujos (de pacientes, de información, de recursos), con los tiempos, (la cronología y las sincronizaciones asistenciales) y con la cooperación entre los profesionales, es uno de los puntos críticos de los sistemas sanitarios y afecta a valores como la accesibilidad, la continuidad y la cooperación o el trabajo en equipo.

Cuando la accesibilidad está afectada, las repercusiones en el paciente serán tanto directas como indirectas. Serán directas todas aquellas que actúan de barreras para el acceso del paciente a la asistencia necesaria y que hacen que ésta acabe siendo extemporánea y se produzca a destiempo. Serán indirectas las barreras en el acceso del médico de familia a los medios diagnósticos o terapéuticos que necesita pero que están en poder del segundo nivel y que éste decide a quién, cómo y cuándo concede. Estas limitaciones contribuyen, en buena medida, a limitar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria (AP) y a incrementar un nivel de incertidumbre ya de por sí alto. La conjunción de todos estos elementos o de una parte de ellos va encaminada a condicionar altas tasas de derivación o a la toma de decisiones con altas probabilidades de error.

Estas dificultades en el acceso a las que son sometidos pacientes y profesionales, no sólo disminuyen la capacidad de producir el bien, sino que ponen a prueba el principio ético de la no maleficencia (posibilidad de daño) y afectarán al principio de justicia, toda vez que las personas con más recursos, bien sean económicos, intelectuales, sociales, pero



también físicos, es decir los menos frágiles o menos graves, lucharán para atraer hacia sí la asistencia que precisan en detrimento de los más débiles.

Sin embargo, con tener los problemas de accesibilidad grandes repercusiones en el paciente, la continuidad asistencial, en sus facetas informativa, longitudinal y relacional, suele ser la más constantemente afectada. La imposibilidad real de que el médico de familia asuma el papel de gestor del paciente; la dificultad de lograr que diversos profesionales, de uno y otro nivel, compartan objetivos asistenciales con los pacientes en cuya atención colaboran; las rupturas en los flujos de información o el manejo de informaciones erróneas, incompletas o ausentes son causas frecuentes de pobres resultados asistenciales e incluso de daño por acción u omisión.

Algunos autores proponen para el análisis de las dimensiones éticas de la colaboración interprofesional la consideración de tres elementos: los principios, las estructuras y los procesos, que deben ser analizados tanto a nivel individual, como al de los equipos y las organizaciones.

Si nos centramos en la organización, podríamos afirmar que la actual ordenación de los sistemas sanitarios según niveles asistenciales es una situación sobrevenida que se puede explicar más por las teorías evolucionistas que por el diseño inteligente. Los hospitales se han ido convirtiendo en enormes y complejas factorías que atrapan y monopolizan la mayor parte de las tecnologías, la capacidad para diagnosticar «lo importante» o grave, una gran parte de los tratamientos, la investigación relevante y la formación. Esta distribución de los recursos y del poder, tan extremadamente asimétrica, ha ido dejando al primer nivel asistencial y a la medicina de familia en una posición de gran aislamiento y sumisión pero también con un cierto sentimiento de impotencia ante la dificultad de romper ese círculo vicioso en el que se encuentra.

La enorme masa (recursos, personal, conocimiento, tecnología, capacidad resolutoria e influencia social) que acumula el segundo nivel asistencial produce un gran efecto de atracción, que es muy nutritivo para su propia macroestructura hospitalaria y la hace crecer sobre sí misma, lo que genera oportunidades a sus miembros, nichos de poder e influencia, y condiciona la relación, tanto con los pacientes como con los médicos de familia o el primer nivel asistencial en su conjunto. Este gran poder de atracción determina, además, la órbita, los espacios en los que se puede o no mover la medicina de familia, así como los flujos de intercambio (de materia-pacientes, energía-recursos e información) con el segundo nivel y la dirección de éstos.

Este estado de relación produce aislamiento e incluso soledad, empuja a una AP atascada en un *gatekeeping* artificioso y en ofrecer al ciudadano la máxima capacidad de respuesta a través de una gran accesibilidad pero con poca continuidad y baja capacidad real de resolución.

Desde hace años, se están poniendo en marcha diversas iniciativas que tratan de actuar sobre diversos aspectos de este problema. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) aplicadas a la mejora de los flujos de información, los especialistas consultores, la telemedicina, los hospitales de día, la hospitalización a domicilio, las unidades de paliativos de base hospitalaria, los Programas de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte (PADES), las Unidades Funcionales Interdisciplinarias SocioSanitarias (UFISS), los Equipos de Terapia en Observación Directa Ambulatoria (ETODA), el tímido y desigual incremento del acceso a recursos diagnósticos por parte del médico de familia, los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD), etc. son algunas de las acciones más comunes llevadas a cabo para paliar este

problema, unas basadas en la transferencia de algún recurso a la AP y otras en aproximar o permeabilizar más el segundo nivel a los pacientes o el primer nivel a los especialistas hospitalarios.

Nuevamente las iniciativas conocidas hasta ahora son, en casi todos los casos, actuaciones dirigidas a los pacientes bajo la visión, el diseño y el control del segundo nivel.

Para que el sistema sea disfuncional o ineficiente, no es necesario que todos sus componentes o todas sus interacciones lo sean y de hecho no lo son, dado que el sistema funciona y produce valor. Los sistemas complejos, y el que nos ocupa lo es, lo son por las características de las interacciones y de los modelos causales que se producen en su seno, lo que nos indica que no hay una única solución posible, sino que diversas combinaciones de acciones pueden hacer que las cosas mejoren y este decálogo podría ser una de esas combinaciones de acciones posible:

1. Visión sistémica desde las áreas de gestión. Esto no implica necesariamente gerencias únicas, sino objetivos comunes.
2. Discriminación positiva de la AP, forzando transferencias de poder, es decir, de capacidad, recursos y responsabilidades. El término «forzar» no sólo afectará a los que potencialmente los cederían, sino que hay que contemplar la posibilidad de que el primer nivel asistencial no siempre esté dispuesto o capacitado para asumirlas.
3. Permeabilización del Sistema Sanitario en ambas direcciones. Hay que lograr que las interconsultas se lleguen a producir en ambas direcciones y para ello el especialista hospitalario debe percibir esa necesidad que hoy no percibe.
4. Buscar un mejor equilibrio entre accesibilidad y continuidad.
5. Reforzar el papel del médico de familia como «médico personal» de los pacientes lo que implica lograr mayor presencia y mejorar su capacidad de ayuda.
6. Liberar el control en exclusividad de la tecnología por las especialidades hospitalarias, lo que contribuirá a mejorar la capacidad resolutoria de la medicina de familia.
7. Romper con la situación del médico de familia y sus pacientes como clientes cautivos del segundo nivel asistencial.
8. Establecer un catálogo de consultores, que incluya los servicios que ofrecen y los tiempos de espera.
9. Avanzar en la capacidad de elección del médico de familia de los consultores que usa y del centro hospitalario al que deriva.
10. Modificar la concepción y organización de los equipos de AP transformándolos en equipos clínicos con direcciones médicas que ejerzan el liderazgo clínico y que sean ayudadas por gestores administrativos que se ocupen de la administración de los centros.

Éste es sólo uno de los posibles relatos de un complejo problema y podría verse sólo como una reflexión sobre el destino, la realización, la utilidad y la felicidad de unos profesionales, los médicos, que por azares del destino, de su vocación, de su capacidad o de cualquier otra causa, se situaron en uno u otro lado, en uno u otro nivel asistencial. Pero esa sola historia, siendo suficiente como tema de debate en una organización profesional de médicos, sería socialmente poco relevante si no fuera porque toda esta macroestructura, y los vectores o las fuerzas que en ella operan, no siempre generan valor, sino que, en muchas ocasiones, dañan y discriminan. Por ello, hemos de cuestionar la bondad de dejar a las fuerzas de la evolución el destino de organizaciones tan complejas y costosas como el Sistema Sanitario y reclamar para éste un «diseño inteligente», desde lo humano.

## Bibliografía

- Berendsen AJ, de Jong GM, Meyboom-de Jong B, Dekker JH, Schuling J. Transition of care: experiences and preferences of patients across the primary/secondary interface - a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2009 Apr 7;9:62.
- Berendsen AJ, de Jong GM, Schuling J, Bosveld HE, de Waal MW, Mitchell GK, et al. Patient's need for choice and information across the interface between primary and secondary care: a survey. *Patient Educ Couns*. 2010 Apr;79(1):100-5.
- Clark PG, Cott C, Drinka TJ. Theory and practice in interprofessional ethics: a framework for understanding ethical issues in health care teams. *J Interprof Care*. 2007 Dec;21(6):591-603.
- Chen AH, Yee HF Jr. Improving the primary care-specialty care interface: getting from here to there. *Arch Intern Med*. 2009 Jun 8;169(11):1024-6.
- Grimshaw JM, Winkens RA, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Jul 20;(3):CD005471. Review.
- Irvine R, Kerridge I, McPhee J. Towards a dialogical ethics of interprofessionalism. *J Postgrad Med*. 2004 Oct-Dec;50(4):278-80. Review.
- Retchin SM. A conceptual framework for interprofessional and co-managed care. *Acad Med*. 2008 Oct;83(10):929-33. Review.
- Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med*. 2003 Sep-Oct;1(3):134-43. Review.
- Vázquez Díaz JR, Serrano Martínez M. La Continuidad. En: Serrano Martínez M, Casado Vicente V, Bonal Pitz P. *Medicina de Familia*. Barcelona: semFYC Ediciones; 2005. p. 661.

## MESA 6

### Nuevas tecnologías en la consulta: telemonitorización, psicoterapia por ordenador

Jueves, 9 de junio / 15.30-17.30 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Mozart

#### Moderadora:

**Carmen Quintana Velasco**

*Médico de familia. CS Perpetuo Socorro. Huesca. Miembro del GdT Patología Respiratoria de la SAMFYC. Profesora asociada en la UD en el sector de Huesca. Vocal de docencia en Junta Directiva de la SAMFYC.*

#### Ponentes y contenido:

1. Psicoterapia asistida por ordenador, ¿la última frontera de la psiquiatría?

**Javier García Campayo**

*Psiquiatra. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. Profesor asociado en la Universidad de Zaragoza.*

2. Retos y repercusión de una intervención de telemonitorización de pacientes crónicos desde la Atención Primaria. Estudio TELBIL

**Iñaki Martín Lesende**

*Médico de familia. CS de San Ignacio. Bilbao (Osakidetza). Experiencia investigadora y docente en la atención a las personas mayores desde la Atención Primaria. Miembro del GdT Atención al Mayor de la semFYC, y del GdT de prevención en el Mayor del PAPPs. Coordinador del Grupo de Atención al Mayor de la OSATZEN.*

3. Telemonitorización del paciente crónico. Lecciones aprendidas en el sector sanitario de Barbastro (SALUD)

**Juan I. Coll Clavero**

*Coordinador del Proyecto europeo Dreaming en España. Investigador principal del Proyecto PItes del Instituto Carlos III.*

### Psicoterapia asistida por ordenador, ¿la última frontera de la psiquiatría?

**J. García Campayo**

*«El peligro del pasado era que los hombres se convirtiesen en esclavos, el peligro del futuro es que los hombres se conviertan en robots.»*

ERICH FROMM, *The Sane Society*, 1955.

### La magnitud del problema de los trastornos psiquiátricos

Los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirman que la depresión será, hacia el año 2020, la segunda enfermedad que producirá mayor discapacidad en la población mundial. También se sabe que el 25 % de los seres humanos padecerá, en algún momento de su vida, un cuadro depresivo. Desde la perspectiva del sistema sanitario, los estudios confirman que el 25-35 % de los pacientes que consultan en Atención Primaria (AP) padecen un trastorno psiquiátrico, siendo más del 80 % de ellos trastornos menores, principalmente depresión y ansiedad. Se ha demostrado que el médico de familia sólo deriva a los servicios de salud mental un 5-10 % de la patología psiquiátrica que detecta pero, pese a tan baja tasa de derivación, las consultas de psiquiatría y psicología de los países occidentales se encuentran colapsadas. Las autoridades sanitarias, a nivel internacional, asumen que no existirán suficientes profesionales de salud mental ni recursos económicos para poder atajar esta epidemia. Además, se calcula que esta situación será aún más desfavorable en los próximos años. Por ello se proponen alternativas para el tratamiento de la depresión que no involucren a los profesionales de salud mental.

### ¿Qué es la psicoterapia asistida por ordenador?

Es cualquier programa informático de psicoterapia (en este momento todos utilizan la cognitivo-conductual, pero sería factible utilizar cualquier tipo de psicoterapia) que usa las respuestas del paciente para realizar alguna toma de decisiones en relación a su tratamiento. Los programas de ordenador que se han estudiado disminuyen en más del 80 % la labor del psicoterapeuta pero no la eliminan del todo. De hecho, se ha demostrado que los programas de tratamiento en que la intervención humana es nula se asocian a un mayor número de abandonos, por lo que la eficacia es más baja. El acceso a la terapia por parte del paciente tiende a realizarse desde el ordenador de casa y el tiempo dedicado suelen ser sesiones cortas, de unos 20 minutos de duración, con una frecuencia de al menos una vez por semana y durante unos 3-6 meses.

### Eficacia de la psicoterapia asistida por ordenador

Actualmente existen estudios de eficacia de la psicoterapia asistida por ordenador en patologías psiquiátricas tan variadas como trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, abuso de alcohol y enfermedades psicósomáticas, por lo que se ha convertido en un campo de gran actividad investigadora. Recientemente, también se han publicado estudios de coste-efectividad con resultados muy satisfactorios. Algunos de los programas de psicoterapia asistida por ordenador que han demostrado eficacia terapéutica se resumen en

la tabla 1. Sólo algunos de ellos se están utilizando de forma sistemática en servicios de salud como el británico o el sueco. La mayoría de ellos pueden encontrarse en internet, aunque algunos tienen acceso restringido.

Tabla 1. Programas de psicoterapia asistida por ordenador que han mostrado cierto nivel de eficacia

PATOLOGÍA DIANA	NOMBRE DEL PROGRAMA
<b>Adultos</b>	
Depresión	<i>Beating the Blues and Blues Begone Fobia FearFighter</i>
Trastorno de pánico	<i>Free From Anxiety</i>
Trastorno obsesivo compulsivo	<i>BSteps</i>
Obesidad	<i>Behaviour Therapy for Weight Loss</i>
Disfunción sexual	<i>Sexpert</i>
Asma	<i>IMPACT, AsthmaCommand AsthmaFiles</i>
<b>Jóvenes y adolescentes</b>	
Ansiedad en niños	<i>BRAVE</i>
Trastornos de la alimentación	<i>StudentBodies</i>
Abuso de alcohol	<i>Stop, Options, Decide, Act, Not Drink</i>
Encopresis	<i>UCanPoopToo</i>

En el caso concreto de la depresión los estudios demuestran que la psicoterapia asistida por ordenador muestra una eficacia satisfactoria en los casos leves y moderados. Esto ha llevado a que la NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) británica apoye el uso de un programa de psicoterapia asistida por ordenador, denominado *Beating the Blues*, para el tratamiento de la depresión mediante el uso masivo y directo por los propios pacientes del sistema de salud. Su empleo se recomendaría como primer paso, antes de ser visto por el psiquiatra o el psicólogo, en forma de autoayuda para el tratamiento de la depresión y la ansiedad. En los últimos tiempos se están evaluando nuevos programas de psicoterapia por ordenador, como el *Blues Begone*, en los que no hay presencia del psicoterapeuta y puede ser aplicado exclusivamente por el paciente en su totalidad. La eficacia es también muy elevada y se ha evaluado su uso no sólo en ensayos controlados aleatorizados, sino también en estudios naturalísticos, manteniéndose la eficacia a los 6 meses de seguimiento. También se están ensayando otros modelos de psicoterapia asistida por ordenador en que la psicoterapia es impartida por un psicoterapeuta en tiempo real vía internet y se ha demostrado que los resultados son muy satisfactorios en términos de eficacia y aceptabilidad.

### Conclusiones

La aparición de la psicoterapia asistida por ordenador no parece una simple moda, sino la evolución lógica del desarrollo de nuestra sociedad actual. Los médicos no estamos preparados para estos cambios y se manifiesta en que somos más reacios a este tipo de psicoterapias que los propios pacientes. Se abre un gran debate sobre cómo va a ser la relación médico-paciente en el futuro y, por ende, la psicoterapia, que sería la forma más intensa y especializada de esta relación. Se habla de que en Japón se está ya trabajando en ordenadores con forma de robot que impartirían este tipo

de psicoterapia. Habríamos llegado, entonces, a la sustitución absoluta del terapeuta y de la empatía por la tecnología, es decir, a la frontera final de la psiquiatría. Se cumpliría así la profecía que Erich Fromm habría realizado hace décadas.

Retos y repercusión de una intervención de telemonitorización de pacientes crónicos, desde la Atención Primaria. Estudio TELBIL  
I. Martín Lesende

Afrontar el envejecimiento poblacional y los problemas asociados de comorbilidad y mayor prevalencia de enfermedades crónicas, en un entorno de recursos sanitarios limitados, hace pertinente buscar nuevos métodos de atención efectivos y eficientes. Las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC), y específicamente la telemonitorización, abren un campo interesante en este sentido. A pesar de las características de gran parte de sus poblaciones diana, son pocas las intervenciones de telemonitorización en las que el protagonismo y control recaen en la Atención Primaria (AP).

En 2011 comenzamos un ensayo clínico aleatorizado de telemonitorización de pacientes domiciliarios con insuficiencia cardíaca o broncopatía crónica (la mayoría con enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC]), con dos o más ingresos hospitalarios el año previo, y al menos uno de ellos por las patologías consideradas. Además de la Comarca Bilbao de Atención Primaria, donde se desarrolla el estudio, participan también el Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Gobierno Vasco (OSTEBA), y la Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF).

El objetivo general del estudio es evaluar el impacto de la intervención de telemonitorización, controlada desde AP, en el uso de recursos sanitarios, más específicamente en las hospitalizaciones.

Pero además, valora también aspectos como la funcionalidad, calidad de vida, y sobrecarga del cuidador. Y engloba subestudios que exploran otros aspectos:

- receptividad de profesionales a las nuevas tecnologías (estudio TAM),
- satisfacción de pacientes-cuidadores-familiares (mediante encuesta presencial),
- opinión y satisfacción de los profesionales implicados en la experiencia (estudio cualitativo mediante grupos focales),
- estudio coste-efectividad.

### Metodología y descripción de la intervención

Ensayo clínico aleatorizado en el ámbito de la AP, con análisis de resultados clínicos al cabo de 1 año de seguimiento, y evaluación parcial a los 3 y 6 meses. El período de campo finaliza en agosto de 2011.

Se han incluido 30 pacientes domiciliarios en el grupo control (GC) y 28 en el grupo intervención (GI), con insuficiencia cardíaca (IC), broncopatía crónica con más de un ingreso hospitalario en el último año, o ambos, y al menos uno de ellos motivado por las patologías consideradas. En el GI, la telemonitorización consiste en la medición en el domicilio del paciente y envío diarios a una plataforma web específica de los siguientes parámetros clínicos: frecuencia respiratoria y cardíaca, presión arterial, pulsioximetría, peso y temperatura; además de un sencillo cuestionario de percepción de su situación clínica y funcional respecto al día anterior, preguntas relacionadas con descompensaciones, y dos cuestionarios para el refuerzo del cumplimiento en la medicación y dieta adecuada. La introducción de datos se realiza a través de una PDA táctil y facilitada por iconos y *bluetooth*. Se trans-

miten por GPRS hasta una plataforma web, que es la que revisan consecutivamente el médico y la enfermera. Existen llamadas telefónicas protocolizadas cada 15 días, y a demanda según se requieran. El GC recibe los cuidados habituales.

La intervención se estructura en varios frentes:

- formación de profesionales en las dos patologías (taller específico de 4 h),
- despliegue e implantación de la telemonitorización, que trata de hacer un seguimiento del estado basal de los pacientes, detecta y actúa lo más precozmente posible sobre las descompensaciones,
- participación y coordinación con un hospital de subagudos donde, por sus características, ingresan frecuentemente estos pacientes.

#### **Aportación del estudio al grado de evidencia disponible: impacto esperable de los resultados sobre la práctica actual**

- Hay que resaltar varias características relevantes y novedosas del estudio:
- Primer estudio, en lo que conocemos, en que el control y manejo de una telemonitorización de este tipo se realiza por los propios profesionales del centro de salud.
- Capacidad de extensión y aplicabilidad, de forma que es universal y adaptativo; proyecta cambio organizacional utilizando lo existente.
- Potencial del análisis de satisfacción y opiniones de los profesionales, por el número de los mismos implicados activamente.
- En el análisis basal de las características de los pacientes incluidos en el estudio, éstos muestran una importante inestabilidad clínica (avanzada edad, elevada comorbilidad, polimedicación y alta utilización de recursos sanitarios), por lo que se suponen que tienen potencialidad de beneficiarse de la intervención.
- Varias razones traducen una obvia implantación de la nueva tecnología en la práctica clínica de la Comarca de AP:
  - Amplia participación de centros de salud y profesionales implicados directamente en el estudio, acompañado de un esfuerzo de difusión del estudio y la experiencia, a través de la participación en eventos científicos.
  - Potenciación del profesional de enfermería.
  - Integración de una actividad de formación (taller) en IC y EPOC.
  - Integración y coordinación de diferentes estamentos y niveles: asistencial (hospital-AP) e institucional.
- Compagina la implantación con el rigor metodológico y científico, a través de un soporte adecuado, revisión externa, registro y publicación del protocolo del ensayo clínico.
- Aunque con una muestra limitada, la repercusión global del estudio creemos que será muy importante, fundamentalmente por conjuntar esta estrategia de implantación y amplia evaluación exploratoria.

---

Telemonitorización del paciente crónico.  
Lecciones aprendidas en el sector sanitario de Barbastro (SALUD)  
J.I. Coll Clavero

En este trabajo se presenta una descripción del desarrollo de un nuevo servicio de telemonitorización a domicilio del paciente crónico en el Sector de Barbastro, resultante del proyecto europeo *Dreaming*. Está encaminado a detectar al anciano frágil que ingresa en el hospital y realizar un seguimiento

por parte de diferentes profesionales a través de la innovación tecnológica y los cambios relacionados con la práctica clínica para efectuar diagnóstico precoz, prevenir complicaciones y controlar la salud en el entorno habitual, mejorando su calidad de vida y disminuyendo sus reingresos.

#### **Introducción**

El siglo pasado nos dejó un importante legado tecnológico. Dispositivos muy usables con interfaces cada vez más próximas al usuario final. Desde el punto de vista demográfico, nos encontramos una población cada vez más envejecida (prácticamente se duplica la esperanza de vida en el siglo xx) y, en consecuencia, existe un aumento de enfermedades crónicas.

El primer reto consistirá en el aprovechamiento de los medios tecnológicos heredados para el control de las enfermedades crónicas en el nuevo segmento poblacional. En el siglo xx se produce un importante desarrollo sociocultural del ciudadano que le permite asumir un papel activo frente a la enfermedad abandonando el viejo modelo pasivo y entrando en un entorno deliberativo con los profesionales asistenciales. El segundo reto consiste en la transferencia de roles entre los diferentes agentes implicados en la asistencia. La asunción de los nuevos roles supone un pequeño remoto en la organización asistencial que necesita capacitación. Esta transferencia a su vez desplaza hacia Atención Primaria (AP) ciertas responsabilidades asistenciales, reforzando su papel al mismo tiempo que tendemos puentes con atención especializada y social (continuidad de cuidados). Al final de la cadena nos encontramos el último eslabón, la sostenibilidad del sistema. Si no buscamos soluciones que permitan satisfacer el gran aumento de demanda con los mínimos recursos, estamos destruyendo el sistema sanitario público, uno de los más importantes pilares del estado del bienestar.

#### **Objetivos, metodología y evaluación**

El objetivo general es diseñar e implementar un servicio de monitorización preventiva del anciano frágil a domicilio y específicamente se persigue el desarrollo de un prototipo: recogida de señales biomédicas, integración con el sistema de información asistencial, interacción entre sanitarios y pacientes, disminuir los episodios de hospitalización y frecuentación ambulatoria, evaluar los costes, mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y evaluar la satisfacción de usuarios y profesionales.

Se trata de un estudio prospectivo aleatorizado de casos-control, multicéntrico, de 4 años de duración.

El estudio piloto aragonés consiste en monitorizar a 80 pacientes (40 grupo test + 40 grupo control) de una manera preventiva, emparejados por perfil clínico, edad y sexo por un período de 30 meses. Para ello, se evaluó la factibilidad de participación en pacientes con reingresos hospitalarios en el último año consensuados con AP y servicios sociales y se obtuvo el consentimiento informado de 116 pacientes. Las patologías monitorizadas con sensores médicos y domóticos son la diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el accidente cerebrovascular (ACV).

El Centro de Contacto, formado por un médico y una enfermera y ubicado en los Servicios de Urgencias del Hospital de Barbastro, gestiona las alarmas sin reemplazar al proveedor asistencial, sino que moviliza los recursos y redirige los casos a los diferentes agentes involucrados, que son el equipo de AP, atención especializada, el servicio de urgencias (061) o a los servicios sociales. Dentro de nuestra organización

sanitaria, el *helpdesk* da el soporte tecnológico y responde a incidencias de primer nivel. En un segundo nivel contamos con la colaboración del socio tecnológico español TB-Solutions, que ha realizado tareas de despliegue y optimización técnica.

La evaluación incluye indicadores de distinta naturaleza: clínicos, económicos y de satisfacción de los usuarios (pacientes y profesionales). Asimismo, se examinan los indicadores de calidad de vida a través de diversos cuestionarios, como el SF-36, HADS, los índices de Barthel, y de Lawton y Brody, la escala de Filadelfia y el cuestionario de Pfeiffer.

### Resultados

Al inicio de 2010 se habían seleccionado, evaluado y distribuido aleatoriamente 80 ancianos frágiles, grandes frecuentadores de las urgencias de atención especializada. Se realizó una segunda aleatorización de 36 pacientes para completar el número de 80.

Se presentarán los indicadores de frecuentación de las dos primeras evaluaciones semestrales.

Con respecto a la evaluación inicial de los indicadores de calidad de vida, el cuestionario HADS mostró la población a estudio con un problema clínico de ansiedad en menos del 25 % de los ancianos y un 11 % de deprimidos clínicamente. En el SF36 sorprende la percepción del estado general de salud de los seleccionados, que escasamente están por debajo de los valores de la población española. Los mayores distanciamientos frente a la población general española se producen en la valoración del dolor corporal, la función social y la física por este orden.

En relación a la evaluación técnica, cabe destacar que la instalación de sensores médicos y medioambientales en los domicilios se realizó con la colaboración del socio tecnológico citado anteriormente. El Centro de contacto funciona las 24 horas del día, todos los días, es donde se reciben y gestionan las alarmas detectadas por los sensores, y ha atendido un total de 1.263 alarmas hasta el mes de marzo de 2011. El *helpdesk* ha atendido 123 incidencias tecnológicas en este mismo período.

### Conclusiones y lecciones aprendidas

La coordinación y consenso entre el equipo Dreaming, AP y los servicios sociales es fundamental para la selección de los pacientes susceptibles de esta nueva prestación. La integración de los sistemas de información es clave para que todos los agentes implicados en la asistencia puedan disponer de la misma información clínica. Los canales de comunicación deben ser estables, de alta disponibilidad y muy simples de uso. La capacitación de los distintos agentes implicados en la cadena asistencial es clave para que puedan asumir sus nuevos roles. El despliegue y la formación deben ser progresivos: 1º dispositivos, 2º videoconferencia y 3º teleasistencia. Hay que prestar una atención especial a los temas relacionados con la seguridad de la información. El análisis de los indicadores permitirá rediseñar la prestación, definir el perfil de pacientes y elaborar guías de implantación.

Esperamos demostrar que estas tecnologías mejoran el control del paciente en su domicilio, evitan descompensaciones e ingresos, institucionalizaciones y mejoran la calidad de vida de la población frágil.

### Bibliografía

Dreaming Project Homepage. [en línea]. Dreaming Consortium. Dirección URL: <http://www.dreaming-project.org/> [consultado en marzo de 2011].

## MESA 7

### Innovación en Atención Primaria

Jueves, 9 de junio / 12.00-14.00 h

Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Luis Galve

#### Moderador:

**Manuel García Encabo**

*Médico de familia. Director General de Planificación y Aseguramiento del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón.*

#### Ponentes y contenido:

1. Proyecto para mejorar la accesibilidad de los pacientes al control del tratamiento anticoagulante oral en el Sistema de Salud de Aragón

**Bárbara Menéndez Jándula**

*Especialista en Hematología y Hemoterapia. Responsable del programa en el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón.*

2. Second Life: herramienta de apoyo a la Atención Primaria

**Elena Melús Palazón**

*Médico de familia. Jefa de estudios de la UD de MFyC del Sector I. Zaragoza.*

**Cruz Bartolomé Moreno**

*Médico de familia. UD de MFyC del Sector I. Zaragoza.*

3. Las TIC en la atención a enfermos crónicos: Proyecto OSAREAN

**Pablo López Arbeloa**

*Responsable del Proyecto OSAREAN. Consejería de Sanidad del Gobierno Vasco.*

---

Proyecto para mejorar la accesibilidad de los pacientes al control del tratamiento anticoagulante oral en el Sistema de Salud de Aragón

**B. Menéndez Jándula**

#### Introducción

En los últimos 10 años, el número de pacientes que requieren tratamiento anticoagulante oral (TAO) se ha incrementado por diversos motivos. Por las características farmacológicas del tratamiento, estos pacientes requieren controles analíticos frecuentes. La descentralización del control del TAO en los equipos de Atención Primaria (EAP) de Aragón se ha realizado de forma progresiva en los 8 sectores sanitarios en los que se estructura territorial y organizativamente el Sistema de Salud de Aragón (SSA).

#### Objetivos

Los objetivos operativos de este proyecto son dos:

- Implantar un modelo de control mixto entre AP y atención especializada (AE), potenciando la descentralización en los EAP.
- Favorecer la realización del autocontrol, entendido como la determinación e interpretación del cociente internacional normalizado (INR) y el ajuste de dosis de Sintrom® por parte del propio paciente, su familia o cuidador, o todos ellos.

### Método

Se ha consolidado el control del TAO desde AP incluyéndolo en la cartera de servicios. Se recogen indicadores del grado de descentralización en los sectores sanitarios, implementándose actuaciones para mejorar esta descentralización y la colaboración entre AP y AE.

Para cumplir con el segundo objetivo se realizan diversas acciones:

- Inclusión del autocontrol en la cartera de servicios del SSA.
- Información a los equipos directivos del Servicio Aragonés de Salud (SALUD), a los EAP y a las unidades clínicas de Hematología y Hemoterapia del proyecto y del circuito que se debe seguir para remitir a pacientes candidatos al autocontrol.
- Presentación del proyecto ante la prensa, con la participación de la Asociación de Anticoagulados de Aragón (ASANAR).
- Formación de los pacientes remitidos por los profesionales sanitarios previamente al autocontrol de su TAO, en un principio de forma centralizada por el departamento y, posteriormente, de manera descentralizada en los sectores, previa preparación de profesionales designados por éstos.

### Resultados

- El porcentaje de pacientes que realizan el control del TAO en AP ha mejorado en los últimos 2 años, actualmente el 65 % en Aragón. El 98 % de los EAP de Aragón realizan control del TAO, y se alcanzan valores próximos al 100 % en 5 de los 8 sectores.
- El número de pacientes en autocontrol del TAO se incrementa progresivamente, actualmente son unos 500, con una incorporación de 300 pacientes al año.

---

### Second Life: herramienta de apoyo a la Atención Primaria

E. Melús Palazón, C. Bartolomé Moreno

Experiencia de una Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria que trabaja con las nuevas tecnologías y en concreto con la herramienta de *Second Life* en la *Isla de la salud* de semFYC. Se resumirá la forma de trabajar, que integra nuevas herramientas para la realización de actividades formativas, tanto de residentes como de tutores y estudiantes. Se explicará alguno de nuestros proyectos con el empleo de *Second Life*, como las sesiones clínicas acreditadas, talleres acreditados o difusión de informaciones clínicas relevantes, sin la barrera de la dispersión, optimizando recursos y sin necesidad de desplazamientos. Se compararán distintos medios, como videoconferencia o *Second Life*.

---

### Las TIC en la atención a enfermos crónicos:

Proyecto OSAREAN

P. López Arbeloa

En el marco de la «Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi», publicada por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco en el año 2010, se contemplan una serie de proyectos estratégicos a desarrollar en los próximos años.

El proyecto estratégico 11 se denomina «OSAREAN: Centro de Servicios de Salud Multicanal». A través del Servicio de Salud Vasco (Osakidetza), se pretende impulsar la configu-

ración de un centro de servicios de salud multicanal (CSSM) que ampliará el número de vías por las que la ciudadanía puede interactuar con el sistema sanitario.

Este proyecto es crítico desde la visión de la atención a la cronicidad puesto que construye una herramienta para mantener el contacto constante de baja intensidad que necesitan los enfermos crónicos, en comparación con el contacto puntual de alta intensidad que los enfermos agudos obtienen de la atención presencial tradicional.

El objetivo del proyecto es utilizar todos los canales de interacción disponibles (web, teléfono, SMS, TDT, etc.) entre el ciudadano y el sistema sanitario para facilitar los procesos asistenciales, dotándolos de mayor agilidad y capacidad resolutoria, de forma que las interacciones del ciudadano con el sistema sanitario repercutan en menor medida en su vida personal y laboral. Además, permitirá dar valor al trabajo clínico, descargándolo de procedimientos administrativos y actividades de seguimiento y control rutinarias, con el objeto de centrar su actividad en cometidos de valor. Por último, va a promover la implicación del ciudadano con su salud y del paciente con su enfermedad utilizando canales complementarios al presencial, como una estrategia clave para la mejora de los resultados en salud del conjunto del sistema sanitario, convirtiendo al ciudadano en un agente sanitario.

La finalidad última del CSSM es ayudar al Sistema Sanitario Vasco a cumplir sus objetivos y contribuir de manera activa a la transformación del Sistema Sanitario actual poniendo a disposición de la sociedad vasca mecanismos de prestación de servicios de salud multicanal a distancia mediante la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y la telemedicina. Va a acercar los servicios públicos a los ciudadanos mediante el uso de las nuevas tecnologías, mejorando la eficiencia en la utilización de los recursos, e introduciendo mecanismos de gestión de la demanda que contribuyan al mismo tiempo a una mejora de la calidad de los servicios prestados.

En cuanto a los principales servicios, el CSSM permitirá la realización de procedimientos administrativos (gestión de cita previa en AP; recordatorio, confirmación de citas, o ambos; informes de certificados médicos; gestión TIS, etc.) y pondrá a disposición de los usuarios información general sobre el SSV (cartera de servicios, directorio de centros sanitarios, centros de guardia y farmacias).

Además, fomentará la promoción de la salud, información y educación sanitaria a través de foros de pacientes para la promoción de hábitos saludables y recordatorios de vacunas e información sobre programas de salud pública.

En línea, también formará al paciente crónico en el manejo de su enfermedad, así como promoverá su seguimiento a distancia para actuar precozmente en las fases de desestabilización clínica, y fomentará la coordinación entre servicios sanitarios (p. ej., con servicios de emergencias, acceso a datos clínicos y guías y protocolos corporativos *on-line*).

Así mismo, existirá un servicio de atención domiciliar por telemedicina (sistemas de evaluación y telemetría a distancia) para enfermos crónicos domiciliarios, pluripatológicos, con patologías avanzadas e inestables.

Finalmente, el CSSM proporcionará consejo médico y permitirá al ciudadano el acceso a la información referente a su salud (carpetas personal de salud).

En la actualidad, se ha puesto en marcha el Servicio de Teleinterpretación lingüística en toda la red de Osakidetza, desde febrero de 2010 y, próximamente, se creará el *Contact Center* de atención al ciudadano (prueba piloto a 50.000 ciudadanos de la Comarca Bilbao).

En lo que respecta al servicio de telemonitorización, existen una serie de experiencias piloto tanto a nivel de AP como AE:

- **Atención Primaria:** Diabetes en la Comarca Araba y Uribe Costa; Insuficiencia cardíaca, EPOC, o ambas, en la Comarca Bilbao, y EPOC en la Comarca Interior.
  - **Atención especializada:** Diabetes en el Hospital Donosti; Control a distancia de dispositivos de estimulación cardíaca en el Hospital de Txagorritxu, y EPOC en el Hospital de Galdakao.
- Otros proyectos en fase de estudio con posibles actuaciones a corto plazo son:
    - Control a distancia de dispositivos de estimulación cardíaca en el Hospital de Donostia.
    - Comunicación de resultados del TAO y apoyo a la prescripción utilizando acceso Web y SMS.
    - Introducción de nuevos sistemas de interacción no presencial en Salud Mental en Gipuzkoa.

# Mesas de programas y secciones semFYC

## MESA PAPPS

Viernes, 10 de junio / 12.00-14.00 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala Mariano Gracia

### Moderador:

**Amando Martín Zurro**

*Presidente del Organismo de Coordinación del PAPPS.*

### Ponentes y contenido:

#### 1. Últimas recomendaciones en prevención

**Pilar Martín-Carrillo Domínguez**

*Miembro del Grupo de Evaluación y Mejora del PAPPS.*

#### 2. Prevención en el mayor: ¿dónde está el límite?

**José Miguel Baena Díez**

*Coordinador del Grupo de Actividades Preventivas en los Mayores del PAPPS.*

#### 3. ¿Cometemos errores en prevención y promoción de la salud?

**Francisco Buitrago Ramírez**

*Miembro del Grupo de Prevención de la Salud Mental del PAPPS.*

### Prevención en el mayor: ¿dónde está el límite?

J.M. Baena Díez

#### El sentido común es el menos común de los sentidos

Una de las características sociodemográficas más importantes de las últimas décadas es el envejecimiento de la población, de manera que en pocos años serán la cuarta parte de los habitantes. Este incremento afectará sobre todo a los mayores de 80 años, el segmento etario con mayor crecimiento de la población.

Los mayores se caracterizan por una elevada comorbilidad, que conduce a la polifarmacia y a las consecuencias de ella: reacciones adversas a medicamentos, autoprescripción, mal uso de fármacos o incumplimiento terapéutico. La mayor parte tiene alguna enfermedad crónica y una tercera parte tiene más de tres. Estas enfermedades pueden ser procesos frecuentes con elevada mortalidad (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, neoplasias...), procesos frecuentes con baja mortalidad pero que afectan de manera importante a la calidad de vida (artrosis, depresión, problemas dentarios...) y procesos asociados al envejecimiento (osteoporosis, demencias, cataratas...), siendo estos últimos los que más aumentarán como consecuencia del incremento de la esperanza de vida.

Se plantea, por tanto, un escenario con una importante expansión de la morbilidad, casi una pandemia de enfermedades crónicas, en el que el aumento de la longevidad es posible que sólo aporte más años de enfermedad a la vida. El otro escenario, más deseable, es comprimir la morbilidad en los últimos años de la vida, para añadir vida a los años.

Por tanto, las posibilidades en prevención son muy importantes en los mayores, aunque, a diferencia de las personas más jóvenes, existen frecuentes obstáculos:

1. Ausencia de ensayos clínicos: la prevención frecuentemente sólo tiene sentido si se acompaña de un tratamiento efectivo.

2. Las enfermedades son multifactoriales, lo que dificulta su prevención.
3. Falta de evidencias en los mayores de edad muy avanzada, muy distintos de los mayores sanos y robustos.
4. Limitadas expectativas y calidad de vida de los mayores, sobre todo a edades muy avanzadas, factor más importante que la edad en sí misma.

Por otro lado, también es posible que las expectativas en prevención de las personas mayores sean distintas respecto a lo que consideramos los profesionales: mientras que a nosotros nos preocupa la presión arterial sistólica o el riesgo cardiovascular, a ellos les preocupa no poder ver, oír o caminar.

La prevención en el mayor tiene unos objetivos comunes al resto de edades (mejorar la morbimortalidad, la salud y calidad de vida) y otros específicos, aún más importantes (aumentar la expectativa de vida libre de enfermedades, prevenir el deterioro funcional y recuperar la funcionalidad). No obstante, cabe plantear limitaciones a la prevención en los mayores en función de la edad, la comorbilidad, las expectativas y la calidad de vida.

A continuación se repasan algunas actividades preventivas comunes con otras edades y específicas del mayor en las que nos movemos, frecuentemente con dificultades, entre el sentido común y la evidencia o la ausencia de ella.

#### Hipertensión arterial

El estudio HYVET ha mostrado el beneficio de tratar a los pacientes mayores de 80 años, avalando el cribado y tratamiento de la hipertensión arterial en los mayores; es de elección, como en el resto de casos con hipertensión no complicada, administrar una tiazida en dosis bajas.

#### Hipercolesterolemia

La única evidencia del tratamiento hipolipemiente en pacientes mayores es la prevención secundaria (estudio PROSPER). Por lo tanto, no parece razonable el cribado de la hipercolesterolemia más allá de los 65 años. Otra situación es en aquellas personas correctamente tratadas en edades previas (alto riesgo cardiovascular o hipercolesterolemias familiares), en las que debe individualizarse el tratamiento (comorbilidad, polifarmacia y expectativas de vida).

#### Vacunas

El beneficio de la vacunación antigripal está claramente establecido en pacientes mayores (disminución de ingresos por neumonía y por enfermedad cardiovascular), más polémico es el beneficio sobre la mortalidad. Los beneficios de la vacunación para el neumococo siguen siendo objeto de polémica (disminuye sólo la enfermedad invasiva).

#### Cáncer

Aunque se recomienda el cribado del cáncer de mama con mamografía bianual a partir de los 50 años, frecuentemente se deja de realizar a edades avanzadas. Debería ser más la expectativa y calidad de vida el auténtico límite a un cribado no exento de polémica (elevado número de falsos positivos). En el cáncer colorrectal disponemos de evidencias a favor del cribado, pero sigue habiendo dudas en la definición de la edad más adecuada.

#### Visión y audición

Mientras que las evidencias para cribar el déficit visual en los mayores tienen una evidencia «insuficiente», según el USPSTF (*U. S. Preventive Services Task Force*) estadounidense, el tratamiento es eficaz y, por ejemplo, en el caso de las cataratas, mejora la funcionalidad y retrasa la dependencia.



Contrariamente, hay coincidencia en cribar la audición, aunque con frecuencia el tratamiento es menos eficaz.

#### Caídas

Constituyen una importante causa de morbilidad en los pacientes mayores y existen diversas medidas eficaces y fáciles de implementar, como operar las cataratas, retirar la medicación sedante o promover el ejercicio físico, mientras que en otros casos existen más dudas.

#### Demencias

En este caso, no se dispone de evidencias para realizar el cribado en ancianos asintomáticos. Por otro lado, la baja eficacia y el elevado coste de los tratamientos tampoco avalarían dicho cribado. Posiblemente tengan más sentido común los tratamientos no farmacológicos y, sobre todo, cuidar a los cuidadores.

#### Uso de fármacos

La mayor parte de grupos coinciden en aconsejar la revisión de la medicación al menos una vez al año. Las medidas más eficaces para reducir reacciones adversas a medicamentos, interacciones y uso de fármacos inadecuados son la utilización de una medida tan simple como las alertas informáticas.

#### Valoración geriátrica integral y cribado del anciano frágil

No hay evidencias para recomendar realizar una valoración de manera sistemática. Sin embargo, frecuentemente se realiza de manera reglada, especialmente en ancianos de riesgo, no pueden descartarse los beneficios en algunos aspectos.

#### Bibliografía

- Flaherty JH, Morley JE, Murphy DJ, Wasserman MR. The Development of Outpatient clinical Glidepaths. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:1886-901.
- Leipzig RM, Whitlock EP, Wolff TA, Barton MB, Michael YL, Harris R, et al. Reconsidering the approach to prevention Recommendations for older adults. *Ann Intern Med.* 2010; 153:809-14.
- Schmucker DL, Vesell ES. Are the elderly underrepresented in clinical drug trials? *J Clin Pharmacol.* 1999;39:1103-8.
- Sheperd J, Blauw GJ, Murphy MB, Bollen ELEM, Buckley BM, Cobbe SM, et al. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2002;360:1623-30.
- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Disponible en: <http://www.ahrq.gov/>

### MESA PACAP

#### ¿Innovando en salud comunitaria?

Viernes, 10 de junio / 09.30-11.30 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala Mariano Gracia

#### Moderadora:

**Belén Benedé Azagra**

*Médico de familia. CS Oliver. Zaragoza.*

#### Ponentes y contenido:

1. El Proyecto Fresneda: una unidad de gestión clínica y una red de voluntarios trabajando juntos en salud comunitaria

**Valentín Pérez García**

*Médico de familia. Coordinador del CS de La Fresneda. Asturias.*

2. Gestionando proyectos de promoción de la salud y participación ciudadana con la comunidad. Barrio Delicias, Zaragoza

**Ángel Antoñanzas Lombarte**

*Médico de familia. Coordinador del CS Delicias Sur. Zaragoza.*

3. Comunidades en red para recuperar la salud comunitaria

**Alberto Ortiz de Zárate**

*Director de Atención Ciudadana en el Gobierno Vasco.*

#### Resumen

Innovar proviene del latín *innovare*, que significa «acto o efecto de innovar, tornarse nuevo o renovar, introducir una novedad». La innovación exige la conciencia y el equilibrio para transportar las ideas, del campo imaginario o ficticio, al campo de las realizaciones e implementaciones.

¿El concepto «innovar» en la práctica clínica y comunitaria está de moda? Creemos que sí y que nos rodea. ¿Nos asfixia? ¿Nos condiciona? ¿Nos ayuda? ¿Nos reta? La innovación en la gestión de los centros de salud está presente cada día en nuestro trabajo. La creatividad está ligada a la innovación. Pero, ¿necesitamos innovar en salud comunitaria? ¿No llevamos muchos años de creatividad y consiguiendo logros? ¿Sigue siendo la participación algo innovador? ¿Pero no hemos innovado bastante ya? ¿No será que hemos de creer que la apuesta por la comunidad es realmente innovadora y que produce resultados positivos tan cuantificables como cualquier otro y que pueden servir para mejorar el sistema? En Atención Primaria, las unidades de gestión clínica se presentan desde hace tiempo como algo innovador que puede hacer que mejoremos los resultados en salud. En algunas comunidades autónomas se han ideado planes que las recogen y las están poniendo en funcionamiento. Pero, ¿contemplan realmente el enfoque comunitario?

Queremos que la mesa PACAP sea un espacio donde se hable de éstas y otras cuestiones y crear un debate ¿para qué son si no los congresos? El debate se hará desde la perspectiva comunitaria tratando de analizar estas prácticas, llamadas bien o mal innovadoras, con un enfoque comunitario, tratando de ver, entre todos, como a partir de experiencias de compañeros se pueden desarrollar y crear políticas públicas que reconozcan, den importancia y aboguen por el desarrollo comunitario. ¿Realmente va a haber espacio para innovar desde lo comunitario? ¿Estamos preparados?

Por otro lado, la zona básica de salud se va a quedar pequeña. Las fronteras se han ampliado, las redes sociales pueden ser un espacio que descubrir e innovador para potenciar la capacitación de la población, así como su participación. ¿Es posible? ¿Cómo enfrentarse a ello?

La Mesa PACAP está en uno de los itinerarios temáticos acreditados del congreso, el de Innovación. Esperamos la disfrutéis. Contamos con todas y todos. Os esperamos.

El Proyecto Fresneda: una unidad de gestión clínica y una red de voluntarios trabajando juntos en salud comunitaria

**V. Pérez García**

En el otoño del 2009, el Centro de Salud La Fresneda, inaugurado 1 año antes y convertido en Unidad de Gestión Clínica esa misma primavera, lanzó a su población una propuesta provocadora: trabajar juntos (profesionales, población, voluntarios, movimientos vecinales, políticos municipales, sec-

tor privado...) para convertirse en 10 años en la población más sana de Europa.

Aunque parezca original, sus fundamentos son bien conocidos. El proyecto trata de aplicar a escala de una zona básica de salud (ZBS), las recomendaciones de la Carta de Otawa ([www.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf](http://www.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf)) y sucesivas conferencias internacionales sobre Promoción de la Salud (PdS). Pretende reproducir, en un contexto cercano a la población como es una ZBS, los mismos principios que han hecho posible, por ejemplo, los impresionantes resultados del Proyecto North Karelia ([http://ije.oxfordjournals.org/content/23/3/495.abstract?ijkey=858383fe932fb80bd741070f0270e3836729cca5&keytype=tf\\_ipsecsha](http://ije.oxfordjournals.org/content/23/3/495.abstract?ijkey=858383fe932fb80bd741070f0270e3836729cca5&keytype=tf_ipsecsha)) o de otras muchas intervenciones gubernamentales en PdS que han tenido éxito. La receta es la misma: implicar a la mayor cantidad posible de agentes sociales en una red colaborativa con el propósito de producir cambios favorables en los determinantes de la salud. En los términos de la Carta de Otawa, el proyecto pretende abordar todos y cada uno de sus objetivos: «promover políticas de salud», «reorientar los servicios sanitarios» (hacia la promoción), «desarrollar las aptitudes personales», «reforzar la acción comunitaria» y «crear entornos favorables».

Pocas semanas después de su presentación pública (en la que participaron nuestro consejero de Salud, el gerente de nuestra área sanitaria y la directora del SESPA), medio centenar de voluntarios estaban listos para empezar a crear una red de grupos, actividades y talleres donde se ofrecían a compartir sus recursos y habilidades para promover estilos de vida sanos, reforzar el apoyo social e impulsar el papel del Consejo de Salud como promotor de políticas de igualdad y de entornos saludables.

La idea central del Proyecto Fresneda (PF) es combinar gestión clínica, participación comunitaria en forma de promotores comunitarios de salud voluntarios y acción política a través del Consejo de Salud, de modo que, juntas, puedan crear una espiral o «círculo virtuoso» en el que la participación generando entornos de aprendizaje y cambio «entre iguales» (con colaboración cuando es necesario, de los profesionales), mejora la salud y reduce costes y presión asistencial; al mismo tiempo, la gestión clínica incrementa la eficiencia y permite ahorros importantes en fármacos (al tiempo que garantiza los mejores estándares de calidad) y todos esos ahorros permiten disponer de más recursos para la PdS (p. ej., más capacidad de contratación de enfermeras). A su vez, esos recursos humanos aumentados y una orientación (e incentivación) de los profesionales hacia la PdS permiten ir aumentando la capacidad del EAP de producir cambios favorables en los estilos de vida. Dichos cambios reducen costes y gasto farmacéutico... y así sucesivamente. Año y medio después, el proyecto está firmemente consolidado:

- Los voluntarios, que no dejan de aumentar, lideran una veintena de grupos o actividades. En los últimos 6 meses han participado en ellas, de forma habitual, unas 400 personas (de una población total de 7.000 habitantes). Los grupos incluyen talleres y grupos de alimentación, para dejar de fumar, masaje, Pilates, yoga, baile, apoyo psicosocial, manualidades, apoyo para la lactancia materna, apoyo a cuidadores de personas mayores, medio ambiente...
- Para el acceso a las actividades, cuando están saturadas, se da prioridad a los participantes con más bajo nivel cultural o de renta, menos apoyo social, más factores de riesgo o enfermedades crónicas, peor estado de salud mental, etc., es decir, a los que más lo necesitan.
- El proyecto se difunde a través de su página web ([www.proyectofresneda.org](http://www.proyectofresneda.org)), y de redes sociales como *Facebook* (<http://www.facebook.com/ProyectoFresneda>) o *Twitter* (en

*Facebook*, tiene 1.521 seguidores y 2.594 en una cuenta personal del director del centro creada ex-profeso para el proyecto). Cada día, la cuenta del PF recibe de 6.000 a 7.000 vistas de mensajes, 140.000 en el último mes. El proyecto tiene también un diario digital: Proyecto Fresneda Diario (<http://paper.li/PFresneda>).

- El centro de salud, que fue uno de los cinco primeros en Asturias que se convirtió en unidad de gestión clínica, alcanzó este año, en un tiempo récord, tan sólo 2 años, el nivel máximo de gestión y calidad contemplado por el decreto de Unidades de Gestión Clínica del Principado. Dicho modelo condiciona los avances en dicho proceso a la consecución de objetivos crecientes de calidad (por el modelo de la *Joint Commission*), de eficiencia en la gestión y de contrato-programa.

La unidad de gestión clínica incentiva económicamente a los profesionales, en especial de enfermería, en la consecución de objetivos de promoción de la salud, como la reducción de peso, los abandonos de tabaco o el incremento de la actividad física.

- El centro de salud ahorró, sobre sus presupuestos del 2009 y 2010, cuya cuantía rondó los 2 millones de euros cada año, 300.000 euros en el 2009 y 250.000 euros en el 2010, la mayor parte procedentes del capítulo de farmacia.

Lamentablemente, tales ahorros han podido, sólo en una pequeña parte, reinvertirse en aumentar el número de profesionales para el trabajo en calidad, en PdS o en el proceso comunitario, debido al carácter restrictivo del modelo de gestión de nuestra comunidad, que contempla los presupuestos en partidas cerradas y no permite, ni siquiera en cada nuevo presupuesto anual, el trasvase de recursos de unas partidas a otras.

- Y el consejo de salud impulsa políticas de entornos saludables. Por ejemplo, hace pocos meses, realizó una encuesta a la población de una localidad de la ZBS, convocó un foro comunitario y consiguió que todos los partidos políticos locales aceptaran firmar conjuntamente una solicitud de informe técnico sobre una propuesta de cierre de una carretera local y de peatonalización total de la localidad (los vecinos habían ratificado la propuesta del consejo con un 95% de votos a favor). En el momento de la redacción de esta ponencia, se trabaja en una propuesta, también para firmar todos los grupos políticos, de consenso sobre políticas de salud en el municipio para el próximo ciclo legislativo, a la luz de la evidencia científica disponible y de la percepción y prioridades establecidas por la población en el consejo.

Todo el proyecto ha costado hasta la fecha CERO EUROS al servicio de salud del Principado, mientras que éste ha ahorrado más de 550.000 euros, gracias al esfuerzo del centro de salud por un uso más racional de los medicamentos y al empeño de los profesionales del EAP y de los promotores comunitarios de salud, por proporcionar a las personas habilidades, recursos y apoyo para poder realizar los cambios en los estilos de vida que ellos deseen.

Para poder ampliar el alcance de sus actividades, el proyecto prevé constituirse a lo largo de esta primavera en una fundación. Esto permitirá acceder a fuentes de financiación privadas y, con ello, multiplicar las actividades, su periodicidad, etc.

En la actualidad, el centro está trabajando en el diseño de un ensayo clínico aleatorizado, en el que se compararán los cambios en el nivel de ejercicio, calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social entre participantes y controles, aleatorizados de entre las personas que solicitan participar en las actividades del proyecto. El centro, además, evalúa anualmente sus resultados en salud comunitaria midiendo los años de vida perdidos por muertes prematuras desde el 2008 y se plantea en breve invitar a unos 15 centros de salud

del Principado a medir y comparar sus resultados respecto a ese indicador.

Se necesitarán aún varios años para poder evaluar los resultados de esta estrategia y la medida en que puede afectar a la salud de la comunidad. El uso de promotores comunitarios de salud (*community health workers*) con diferentes objetivos, ha mostrado excelentes resultados en un número aún limitado de ensayos clínicos (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20208216>) pero la vinculación de esa estrategia con la actividad y gestión de un centro de salud, su aplicación en población general (no para minorías étnicas o poblaciones con pocos recursos) y con un objetivo tan global como el que plantea el PF, en un contexto como el nuestro, con promotores voluntarios (no financiados ni entrenados), carece absolutamente de referentes en la bibliografía, por lo que su investigación es imprescindible.

Por el momento, el interés que presenta el proyecto desde el punto de vista comunitario y de salud pública, la gratitud de la población que sentimos día a día, su alto nivel de participación y de satisfacción con el proyecto en sí (tal como mostró una encuesta sistemática que se realizó a todos los participantes después de cada sesión, durante 3 meses y que fue presentada en formato póster en las Jornadas de Calidad, Innovación y gestión en el SESPA del 2010) y con el centro (con unos inmejorables resultados en la encuesta de satisfacción a los usuarios 2010) nos animan a continuar impulsando esta utopía social y sanitaria.

### Gestionando proyectos de promoción de la salud y participación ciudadana con la comunidad.

Barrio Delicias, Zaragoza

Á. Antoñanzas Lombarte

En un entorno de crisis económica global en que está en peligro la sostenibilidad del sistema de salud, la gestión clínica se presenta como una oportunidad para priorizar intervenciones coste-efectivas dirigidas a mejorar los resultados de salud de la población. Mayor autonomía de los profesionales en el uso de los recursos, decisiones clínicas basadas en la evidencia, gestión descentralizada, recursos en relación con los problemas y necesidades de salud de la población, medición constante de resultados y de la eficiencia, mayor impulso a la prevención y promoción de la salud, y participación ciudadana en el proceso, son algunas de las estrategias que incluyen esta orientación hacia la gestión clínica<sup>1,2</sup>.

El Centro de Salud Delicias Sur, ubicado en el barrio Delicias de Zaragoza, que atiende a una población de 28.000 habitantes, con una tasa de población inmigrante del 23% y un 20% de mayores de 65 años, presentó en 2010 un proyecto de gestión clínica que incluía objetivos de intervención en enfermedades crónicas –cardiovasculares, respiratorias y salud mental–, prevención de la obesidad en la infancia, uso racional de fármacos, seguridad clínica y satisfacción del usuario. El proyecto incluye la orientación hacia la comunidad mediante proyectos de promoción de la salud incluidos en la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS)<sup>3</sup> y la participación ciudadana con la implicación del consejo de salud en este proyecto. Junto con la Asociación de Vecinos Manuel Viola del barrio de Delicias y el Centro de Educación de Adultos CODEF-Adunare, se ha desarrollado un proyecto de promoción de la salud, entendida ésta como el proceso mediante el cual los individuos y comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud<sup>4</sup>.

Uno de los objetivos más importantes de este proyecto ha sido el conocido por la Organización Mundial de la Salud

(OMS) como empoderamiento<sup>4</sup>, proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades.

Mediante la metodología de la investigación acción participativa<sup>5,6</sup> una combinación de investigación, educación, aprendizaje y acción, se han desarrollado en estos años los siguientes proyectos de promoción de la salud:

- Necesidades de salud del barrio Delicias.
- Satisfacción de los usuarios con la Atención Primaria.
- Alimentación: influencia de las grasas en la salud.
- Publicación: comemos sano.
- Salud mental: autoestima y comunicación.
- El buen uso del medicamento.
- Sentimiento de comunidad en el barrio Delicias.
- Situación de la mujer en el barrio Delicias.
- Cuidadoras principales.
- Estudio sobre la somatización.
- Violencia entre iguales en el medio escolar.
- Convivencia saludable.
- Delicias actúa. Hacia una convivencia intercultural.

En la actualidad, el proyecto de convivencia intercultural se desarrolla en los colegios e institutos del barrio, lo que nos ha permitido establecer un vínculo con los educadores de los centros para continuar nuevos proyectos en común. Los profesionales sanitarios del centro de salud desarrollamos actualmente con la Asociación de Vecinos Manuel Viola proyectos de educación para la salud en las áreas cardiovascular, gestión del estrés, alimentación en la infancia y planificación familiar, dirigidos, estos dos últimos, a madres inmigrantes. A partir de esta experiencia, comenzamos en 2011 una nueva estrategia de trabajo en red entre los sectores educativo, ciudadano y sanitario planteando objetivos comunes de promoción de la salud de modo que se establezcan sinergias entre cada uno de los sectores.

El consejo de salud apoya este proyecto de gestión clínica y desea implicarse en el seguimiento de su desarrollo y en la evaluación final de los resultados. El consejo de salud ha venido desarrollando líneas de actuación en defensa de los derechos de los usuarios: información sobre utilización de los servicios, accesibilidad a la atención especializada y gestión de reclamaciones y sugerencias. También se ha implicado en el seguimiento de la gestión del centro y en el proyecto de mejora de la calidad. El consejo de salud ha venido apoyando los proyectos de promoción de la salud llevados a cabo por las tres organizaciones anteriormente descritas.

Actualmente existe una nueva propuesta<sup>7</sup> de dinamización de estos organismos de participación para hacerlos más abiertos y accesibles a los ciudadanos/usuarios, más visibles en el sistema de salud y en la sociedad, influyentes en los órganos de gestión del sistema de salud, defensores de los derechos de los usuarios ante el sistema sanitario, colaboradores en la mejora de los servicios de salud y referentes en la red social para la promoción y educación para la salud.

### Referencias bibliográficas

1. Estrategias, Objetivos y Compromisos para la Atención Primaria en el sistema de Salud de Aragón (2008-2011). Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón.
2. Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
3. Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS). Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón. Disponible en: <http://saludpublicaaragon.com>

4. Glosario de términos en promoción de la salud. World Health Organization. Ginebra, 1998.
5. Lillo. N. Manual para el trabajo social comunitario. Narcea. 2001.
6. López de Ceballos P. Un método para la investigación-acción participativa. 2 ed. Madrid: Ed. Popular, 1989.
7. Borrador de propuesta de modelo de participación en salud del Sistema de Salud de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. 2009. Disponible en: [http://www.saludinforma.es/participación/modelo\\_de\\_participación](http://www.saludinforma.es/participación/modelo_de_participación)

## Comunidades en red para recuperar la salud comunitaria<sup>1</sup>

A. Ortiz de Zárate

### Dos utopías que confluyen

Internet es el producto de una generación que vivió intensamente los movimientos emancipatorios de finales de los años 60 y principios de los 70. Puede ser visto como el sueño de una comunidad de utópicos, hecho realidad. Sin embargo, en su formulación inicial, internet era una red donde sólo unos privilegiados, con conocimiento experto y acceso a la tecnología, podían ser protagonistas. Con la llegada del siglo XXI y el advenimiento de la llamada web 2.0 (o «web social»), la utopía del conocimiento abierto se cumple. Las barreras de entrada se achican radicalmente y cualquiera puede ser un creador, un editor, un líder, en el marco de una lógica de redes donde *vales tanto como compartes*.

La Declaración de Alma-Ata, carta fundacional de la salud comunitaria, puede ser vista también como un producto de los utopistas de los 70: un intento de democratizar la salud y hacerla accesible a todas las personas, que sitúa el foco en la educación y el empoderamiento, y que quiere construir una gran red multidisciplinar que colabore para conseguir un estado de salud universal. Pero Alma-Ata parecía haber alcanzado el estado esperable de todas las utopías: el fracaso y el mito. Por una parte, porque el año 2000 ha pasado sin haber conseguido «la salud para todos». Por otra, porque tampoco en los países ricos la Atención Primaria ha logrado poner el foco en las actividades comunitarias y de educación para la salud.

Mi tesis es que la llegada de la sociedad-red, esto es, la masificación del uso de internet como herramienta de relación, ha abierto las puertas a recuperar la utopía de Alma-Ata. Y no necesariamente por el uso directo de internet para la relación con los pacientes, aunque desde luego es un campo de inmensas posibilidades, sino sobre todo por un cambio social de mayor calado que está produciendo ciudadanos más activos, más dispuestos a ser autónomos y a elegir. Llega el tiempo de la sanidad centrada en el usuario y, de forma recíproca, de la ciudadanía empoderada.

### Una sanidad centrada en el paciente

Al hablar de una sanidad centrada en el paciente, estoy reuniendo en una sola frase una variedad de tendencias cuyo punto en común es el de la mayor relevancia del ciudadano, ya sea paciente, familiar o simple beneficiario de las políticas sanitarias. Sin ánimo de exhaustividad, me refiero a:

- ciudadanos informados,
- ciudadanos que opinan,
- ciudadanos que eligen,
- ciudadanos responsables de sus procesos de salud,
- ciudadanos que se relacionan en red entre ellos,
- ciudadanos que evalúan los tratamientos y la gestión,
- ciudadanos que ayudan a mejorar la sanidad.

Este nuevo papel activo del paciente *en comunidad* es precisamente lo que ha venido reclamando el movimiento de salud

comunitaria para poder cumplir con sus fines. Sin embargo, el siglo XXI ha pillado a la sanidad pública con el paso cambiado. Internet bulle de actividad comunitaria entre personas cuyo elemento común no es la proximidad geográfica. Enfrente, las administraciones sanitarias observan perplejas el fenómeno, sin saber cómo dirigirse a *sus pacientes*, mientras algunos pioneros rompen el pensamiento espacial y, simplemente, ponen en valor su conocimiento para ayudar a las comunidades allá donde éstas se manifiestan.

Al tiempo, las administraciones sanitarias van aprendiendo cómo orientar sus servicios de manera coste-efectiva en el nuevo escenario. Un ejemplo es la estrategia para el cambio de la sanidad vasca<sup>2</sup>, que se vehicula a partir de los conceptos de cronicidad y de red. Se reclama un papel activo del paciente en el tratamiento de su propia enfermedad. Asimismo, se otorga poder a los profesionales sanitarios para emprender reformas en su ámbito, de manera descentralizada.

### Abla: un modelo de abajo arriba

Podemos extraer de las reflexiones anteriores tres afirmaciones:

1. El nuevo modelo sanitario debe estar centrado en el usuario.
2. El nuevo modelo se basa en una mayor autonomía y responsabilidad del paciente.
3. El uso de la tecnología abre múltiples oportunidades para una relación más cercana entre la sanidad y los ciudadanos.

Con estas tres simples premisas, el pequeño municipio rural de Abla, de unos 1.500 habitantes, en Almería, ha dado muchos pequeños pasos que, sumados, constituyen un salto de gigante en el avance hacia una sociedad del conocimiento inclusiva y sostenible.

En el ámbito sanitario, en el año 2005 se plantea el «Proyecto e-ECE: Innovación en cuidados en la sociedad del conocimiento» a partir del dinamismo de Maite Martínez Lao, una enfermera con vocación comunitaria, residente en Abla. La UGC Río Nacimiento toma el proyecto como suyo en 2006 y, con el tiempo, se consigue implicar en él a la red de servicios sociales y de telecentros. Las características del territorio son determinantes en este caso. Se trata de un área rural con la población muy distribuida geográficamente y con insuficiencia de recursos sanitarios para llegar a tiempo a todos los lugares.

El proyecto cumple tres objetivos: 1) activar la figura de la enfermera comunitaria de enlace (ECE) como gestora de casos y coordinadora de recursos en el proceso de salud de un paciente; 2) empoderar a las cuidadoras de personas dependientes, y 3) dinamizar una red que ponga en contacto a profesionales sanitarios y sociales, cuidadoras profesionales y cuidadoras familiares.

Los resultados obtenidos son muy impresionantes desde varios puntos de vista, como el de la eficiencia y la eficacia en la coordinación sociosanitaria, la reducción de la brecha digital, o la formación de una comunidad de cuidadoras y profesionales en torno a la plataforma «cuidadoras.net», que ha conseguido mejorar la calidad de vida de cuidadoras y pacientes.

Las dos utopías del conocimiento compartido y de la salud para todos ser unen en una sola, a partir de una comunidad rural empoderada que persigue su propio bienestar. De hecho, Abla ha inspirado el manifiesto «Salud 2.0: líneas para una sanidad participativa<sup>3</sup>», redactado de manera colaborativa durante los primeros días de noviembre de 2010, que lanza este reto:

«Los integrantes de este grupo estamos convencidos de que es necesario avanzar hacia un nuevo modelo sociosanitario

más sostenible, participativo y democrático, en el que las relaciones entre la ciudadanía, los profesionales y las organizaciones sean necesaria y oportunamente rediseñadas para lograr una sanidad más accesible y cercana.» En estas escasas palabras se cifran el futuro y nuestra esperanza.

#### Referencias bibliográficas

1. Ortiz de Zárate A. «Sistemas sanitarios más cercanos», capítulo del libro «Salud 2.0: El ePaciente y las redes sociales»; Fundación Vodafone España, 2011 (en imprenta).
2. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. El documento se puede descargar desde un enlace en el blog «El reto de la cronicidad en Euskadi» puesto en marcha por el propio Departamento de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://cronicidad.euskadi.net/>. [Accessed: 2010-10-21. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/5te6wDC3z>)]
3. #salud20Andalucia: «Salud 2.0 Líneas para una Sanidad Participativa». ITACA-TSB, Universidad Politécnica de Valencia; 2011-04-04. Disponible en: URL: <http://www.salud20.es/manifiesto/>. [Accessed: 2011-04-04. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/5xgke98r5>)].

#### MESA AMF

### Toda la vida se ha hecho así

Viernes, 10 de junio / 15.30-17.00 h

Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Mozart

#### Moderador:

**Rafael Bravo Toledo**

*Médico de familia. CS Sector III. Getafe (Madrid). Máster en Información y Documentación. Autor del blog sanitario «Primum non Nocere».*

#### Ponentes y contenido:

1. Cuando menos es más o el arte de la prudencia

**Carlos Coscollar Santaliestra**

*Médico de familia. CS de San Mateo de Gallego. Zaragoza.*

2. Cómo se introduce y cómo se retira un medicamento del mercado. ¿Siempre se ha hecho así?

**Dolors Capellà Hereu**

*Farmacóloga clínica. Departament de Farmacologia, de Terapèutica i de Toxicologia, Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona.*

3. Aplicación de la telerrehabilitación al tratamiento de la disfgia orofaríngea

**Helena Bascuñana Ambrós**

*Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Directora Servicio de MFRHB del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.*

### Cuando menos es más o el arte de la prudencia

**C. Coscollar Santaliestra**

«No se vive si no se sabe.»

BALTASAR GRACIÁN, *Oráculo manual y arte de la prudencia.*

La medicina irrumpió hace años en el mundo de los sanos. No es que antes no hubiera hecho incursiones, pero la medi-

cina preventiva tal y como la entendemos ahora es un distintivo de nuestro tiempo. Más todavía, es señal de identidad de la medicina de familia, que tenemos a gala. Nuestros destinatarios no sólo son los enfermos, nuestros destinatarios son todos. Nada de lo humano nos es ajeno, porque nadie escapa al estigma del factor de riesgo. Curioso hallazgo éste que ha cambiado de tal manera el modo de entender y ejercer el oficio de médico.

Cada vez resulta más difícil sustraerse a la tentación de intervenir, el ambiente es hostil con quien se resiste. Las recientes experiencias con la gripe A y el virus del papiloma humano son sólo dos ejemplos. El debate no llega a quienes son los destinatarios finales de tales intervenciones, sólo llegan los ecos de las inercias e intereses diversos. Sigue dominando el paradigma de la intervención frente a la prudencia y sigue la sentencia de que más vale prevenir que curar, sin reparar en cuál es el significado real de tal aseveración.

La diabetes es un buen ejemplo de cómo se concreta un determinado modo de entender el quehacer médico y de las dificultades que tiene el sustraerse a una corriente torrencial que te lleva.

La polémica de Haffner (*New England*, 1998) y Evans (*BMJ*, 2002) acerca de si la diabetes era un equivalente de episodio cardiovascular a la hora de determinar el riesgo cardiovascular (RCV) inició la brecha. Todo parece indicar, por el modo en que suele manejarse y por el monto de pastillas con que el diabético es agraciado, que Haffner ganó en la disputa. Quizá no le falte razón y lo cierto es que no es fácil (¿cómo?) ubicarse frente a esa línea de opinión.

No nos situaremos en la otra orilla de la polémica, porque nos iniciaremos ya en el arte de la prudencia, pero la diabetes es un buen ejemplo que ilustra por qué «menos es más»<sup>1</sup>, con más frecuencia que menos.

Durante el año 2008 se facilitaron nuevos argumentos para el debate. *The New England Journal of Medicine* publicó los datos del ACCORD<sup>2</sup> que fue interrumpido 17 meses antes de su programada finalización por observarse un incremento en la mortalidad total en el grupo de intervención intensiva, y los del ADVANCE<sup>3</sup> que mostró beneficio sólo en episodios microvasculares, atribuible fundamentalmente a nefropatía. En ambos estudios se incluyeron diabéticos con enfermedad cardiovascular o factores de RCV asociados, es decir, diabéticos con RCV añadido.

En el año 2010 se publicaron dos prolongaciones del ACCORD. Una de ellas<sup>4</sup> valoraba el potencial beneficio de asociar fenofibrato al tratamiento hipolipemiante con el bienintencionado objetivo de recoger los beneficios de disminuir los triglicéridos y aumentar las HDL. La otra<sup>5</sup> planteó un brazo del estudio para conseguir cifras de presión arterial sistólica (PAS) de 120 mmHg, es decir, 10 mmHg por debajo de la cifra objetivo generalmente recomendada. El beneficio final en episodios cardiovasculares evitados, en ambos casos, fue nulo. Por tanto, no debe aceptarse, como primera conclusión, la lógica de las apariencias, y el corolario de «cuanto más, mejor» es un paradigma de la lógica de las apariencias.

Pero hay más razones que aconsejan prudencia. Seguiremos utilizando la diabetes como argumento, pero la prudencia parece buena consejera para otros muchos ámbitos de decisión, especialmente para cualquier tipo de intervención en materia de prevención, más si ésta tiene un carácter farmacológico.

*Archives of Internal Medicine*<sup>6</sup> proporcionó en 2010 una nueva perspectiva al problema. Publicó un estudio que, simulando escenarios diferentes en pacientes diabéticos, aproximaba una idea de beneficio neto en años de vida ajustados por calidad en función de la intensidad del tratamiento, de los

objetivos alcanzados (PA y niveles de colesterol), e incorporaba el contrapeso de lo que el estudio identifica como pérdida de utilidad (*disutility*), en el que los autores engloban dos componentes: los efectos adversos asociados al tratamiento y los riesgos sobre la seguridad del paciente que ocasiona la polifarmacia. Este planteamiento, aunque sea un artificio, lo fundamentan en la «mejor evidencia disponible» (*sic*), y acerca el debate a las necesidades reales del médico y a las respuestas que precisa el paciente.

Su conclusión más importante es que casi todos los beneficios de tratar por objetivo (tratamiento que persigue cifras objetivo) se observan en los pacientes de RCV más elevado, mientras que aquéllos de riesgo promedio, que constituyen prácticamente las tres cuartas partes de los diabéticos, obtendrían muy escaso beneficio y, en algunos casos, daño neto. A diferencia de los beneficios, los riesgos del tratamiento se distribuyen de forma bastante uniforme entre todos los pacientes tratados. De modo que un tratamiento agresivo puede proporcionar un escaso beneficio marginal y resultar en daño neto si no está basado en una valoración individual del riesgo basal.

Por tanto, y como segunda conclusión: ¡Cuidado con generalizar los resultados de un ensayo clínico!, y cuidado con generalizarlos no sólo a la población que no ha participado en el estudio, sino también a los propios participantes que no constituyen necesariamente un grupo homogéneo, en este caso, en términos de RCV.

Pero es que, además, se suele asumir que los beneficios de tratar los factores de riesgo son independientes unos de otros. No es así, el beneficio es función del riesgo absoluto basal, y este riesgo cambia por el hecho de haber modificado/tratado con anterioridad otro factor de riesgo. Por tanto, cuanto más exigente sea el control de un factor de riesgo, menor beneficio se obtendrá al tratar adicionales factores de riesgo. O refiriéndonos a un único factor de riesgo, cada nuevo escalón de control y, por tanto, cada incremento de dosis o incorporación de un nuevo tratamiento en busca de la cifra objetivo, menor beneficio marginal. Siendo así, cada vez se estrecha más la franja entre beneficio y daño, y se hace más cercana la amenaza de que la *disutility* neutralice o exceda los beneficios y ocasione un daño neto.

Es cierto que todo esto añade incertidumbre... pero, ¿cómo equilibrar el riesgo/beneficio incorporando todas estas variables? La propuesta no es la inacción, la inhibición o la parálisis, sino una práctica basada en el arte de la prudencia.

#### Referencias bibliográficas

1. Coscollar C. Cuando menos es más, o cuando mucho es demasiado. *AMF*. 2010;6(11):654-5.
2. The action to control cardiovascular risk in diabetes study group. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008;358:2545-59.
3. The ADVANCE collaborative Group. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008;358:2560-72.
4. The ACCORD Study Group. Effects of combination lipid therapy in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 2010;362:1563-74.
5. The ACCORD Study Group. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2010;362:1575-85.

6. Timbie JW, Hayward RA, Vijan S. Variation in the net benefit of aggressive cardiovascular risk factor control across the US Population of patients with diabetes mellitus. *Arch Intern Med*. 2010;170(12):1037-44.

Cómo se introduce y cómo se retira un medicamento del mercado. ¿Siempre se ha hecho así?

D. Capellà Hereu

La regulación de los medicamentos es una actividad relativamente reciente. La primera vez que se exigió que un medicamento hubiera demostrado ser eficaz para su autorización fue a principios de la década de 1960 cuando, a raíz de la epidemia de focomelia por talidomida, la *Food and Drug Administration* (FDA) modificó la legislación e incluyó las exigencias de eficacia y seguridad para autorizar un nuevo medicamento (enmiendas Kefauver-Harris a la Ley de medicinas, alimentos y cosméticos de 1938, que fueron aprobadas en 1962). Desde entonces, en los Estados Unidos, así como en la mayoría de países, no sólo se exige que los medicamentos sean seguros, sino que, además, se requiere probar que son eficaces, y ambas circunstancias han de ser evaluadas por un organismo público. La focomelia por talidomida fue también el impulsor de la farmacovigilancia y, concretamente, de los sistemas de notificación espontánea. Estos cambios tan tardíos en la legislación sobre la autorización de nuevos medicamentos conllevaron que, al menos en España, a finales de la década de 1980 todavía circularan medicamentos inseguros o ineficaces<sup>1</sup>. Y no es raro, por tanto, que durante sus primeros años de andadura la tarjeta amarilla identificase problemas de seguridad con medicamentos cuya eficacia estaba por demostrar, contribuyendo así a la limpieza de la oferta de medicamentos en España<sup>2</sup>. En la actualidad, la legislación sobre medicamentos es una competencia europea. En España, así como en el resto de países europeos, para ser autorizado un medicamento debe haber demostrado ser eficaz en las indicaciones terapéuticas para las que se ofrece, ser seguro en relación al beneficio que aporta, alcanzar los requisitos de calidad que se establezcan y suministrar información precisa (Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre. BOE núm. 267, de 7 noviembre). No se exige que el medicamento haya demostrado que es mejor que alguno de los ya existentes. Además, es de sobra conocida la falta de datos sobre la efectividad de un medicamento al ser comercializado, y sobre sus efectos indeseados menos frecuentes y, en definitiva, sobre su relación beneficio/riesgo/conveniencia comparada con la de otros medicamentos utilizados en la misma indicación. Y las nuevas legislaciones poco han cambiado estas deficiencias. Por otra parte, el panorama se complica para algunos o para bastantes medicamentos si tenemos en cuenta que las evidencias de eficacia exigidas por las autoridades sanitarias se basan, mayoritariamente, en variables subrogadas cuya relevancia clínica es, en ocasiones dudosa, y que algunas veces han dado lugar a la retirada del mercado porque, a pesar de haber demostrado ser eficaz en la variable subrogada correspondiente, empeoraba claramente la evolución natural de la patología objeto de tratamiento. El caso del antidiabético oral rosiglitazona es un ejemplo de ello. La revisión de las exigencias para la comercialización de un antidepresivo en Europa y, consecuentemente, en España y, por tanto, de la información que se dispone sobre su relación beneficio/riesgo/conveniencia/coste a comparación con la que se debería de disponer para su prescripción constituirán un ejercicio de aproximación a esta realidad.

## Referencias bibliográficas

1. Lobo F. Medicamentos. Política y economía. Barcelona: Masson; 1992.
2. Laporte JR. Farmacovigilancia orientada a los pacientes: reflexiones de treinta años de experiencia. En: Manos G, Hidalgo A, Carvajal A, de Abajo FJ (eds.). Los primeros 25 años del Sistema Español de Farmacovigilancia. Oviedo: Ediciones de la Universidad de Oviedo; 2010. p. 67-80.

## Aplicación de la telerrehabilitación al tratamiento de la disfagia orofaríngea

H. Bascuñana Ambrós, M.J. Nadal, C. Ruber, A. Cerezuela, B. Blanco, J.M Monguet

Todavía se desconoce la verdadera incidencia de la disfagia orofaríngea en la población general, aunque se sabe que su prevalencia aumenta con el envejecimiento. Se sabe que la disfagia orofaríngea de causa neurológica es la más frecuente y afecta a un 55% de los pacientes con diagnósticos neurológicos y con enfermedades asociadas al envejecimiento<sup>1</sup>. Las consecuencias más habituales de la disfagia orofaríngea son la malnutrición y la neumonía aspirativa<sup>2,3</sup>, pero también la presencia de disfagia orofaríngea disminuye la calidad de vida, aumenta la necesidad de asistencia y el gasto hospitalario<sup>4</sup>. El tratamiento actual de la disfagia orofaríngea tiene como objetivo el mantener una alimentación oral segura al tiempo que el paciente está adecuadamente hidratado y nutrido. El modelo de tratamiento actual de basa en un sistema presencial donde un médico evalúa al paciente y solicita terapia. El logopeda suele ser el que realiza esta terapia y le enseñan modificaciones de textura, consistencia o viscosidad de su dieta; ejercicios de la musculatura orofaríngea (las denominadas praxias) y en algunos casos seleccionados, maniobras deglutorias. Este modelo de terapia implica que el paciente acude a tratamiento durante varios días hasta que se consiguen los objetivos deglutorios prefijados. Esta rutina puede crear varios inconvenientes al paciente y sus familiares/cuidadores, básicamente asociados con el transporte al centro donde se hace la terapia y al tiempo de espera del acompañante. Nosotros hemos desarrollado un sistema alternativo a la terapia convencional de la disfagia orofaríngea con la aplicación de la telesalud<sup>5</sup>, lo hemos denominado e-dis. En nuestro sistema el

paciente es igualmente evaluado de forma presencial por un médico, quien lo remite a terapia. El logopeda evalúa inicialmente al paciente de forma presencial, le entrega un *login* y *password* y a partir de ese momento realizará toda la terapia en su domicilio a través de una web. El paciente es valorado también de forma presencial el día de finalización de la terapia. El paciente sigue a un modelo para cada uno de los ejercicios. En la figura 1 se puede observar un ejemplo de los vídeos en que el médico realiza una de las praxias orofaríngeas y da instrucciones específicas para su realización. El paciente se graba y envía a su logopeda los ejercicios realizados, además puede acompañarlos de comentarios escritos. Su logopeda, a través de la misma web, evalúa los ejercicios y le envía comentarios escritos al paciente. Este modelo es asíncrono, pero el terapeuta corrige y remite sus comentarios al día siguiente del envío realizado por el paciente lo cual asegura su cumplimiento al saber éste que tiene un día para realizar su terapia. El sistema e-dis permite en este momento la realización de las praxias orofaríngeas a través de la web, aunque en un futuro podrá contemplar otras facetas del tratamiento. Se decidió empezar por las praxias al ser ejercicios repetitivos que requieren de un compromiso del paciente. Además, los distintos estudios sobre la importancia del entrenamiento muscular en la disfagia orofaríngea muestran mejora en la fuerza y tono muscular que se traducen en una mejora de la función deglutoria<sup>6,7</sup>.



Figura 1. Ejemplo de vídeo que muestra la coordinación respiración-deglución.

Los pacientes miran un vídeo donde el doctor realiza los ejercicios y da instrucciones específicas para su correcta realización.



Los pacientes graban vídeos donde realizan los ejercicios y lo envían a través del sistema e-dis.



# e-dis

El terapeuta mira el vídeo y le envía sus comentarios al paciente.

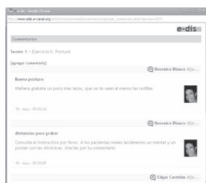


Figura 2. Resumen global del proceso en el sistema e-dis.

Nuestros estudios preliminares muestran resultados equiparables de la terapia convencional y el sistema e-dis, al tiempo que éste es más costo-efectivo. La figura 2 resume el global del proceso.

#### Referencias bibliográficas

1. Clavé P, Terré R, de Kraa M, Serra M. Approaching oropharyngeal dysphagia. *Rev Esp Enferm Dig.* 2004;96(2):119-31.
2. Martin BJ, Corlew M, Wood H, Olson D, Golopol L, Wingo M, Kirmani N. The association of swallowing dysfunction and aspiration pneumonia. *Dysphagia.* 1994;9(1):1-6.
3. Marik PE, Kaplan D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest.* 2003;124:328-36.
4. Duong TT, Englander J, Wright J, Cifu DX, Greenwald BD, Brown AW. Relationship between strength, balance, and swallowing deficits and outcome after traumatic brain injury: a multicenter analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2004 Aug;85(8):1291-7.
5. Bashshur R, Reardon T, Shannon G. Telemedicine: A new health care delivery system. *Annu Rev Public Health.* 2000; 21:613-37.
6. Logemann J. The role of exercise programs for dysphagia patients. *Dysphagia.* 2005;20(2):139-40.
7. Burkhead LM, Sapienza CM, Rosembek JC. Strength-training exercise in dysphagia rehabilitation: principles, procedures, and directions for future research. *Dysphagia.* 2007; 22:251-65.

#### MESA ENTREVISTA CLÍNICA

### Pasado, presente y futuro del Grupo/Programa Comunicación y Salud

Jueves, 9 de junio / 15.30-17.00 h

Hotel Romareda. Planta baja / Salón Aragón

#### Moderador:

**Josep M. Bosch Fontcuberta**

*Médico de familia. EAP Encants. Barcelona. Licenciado en Medicina y Cirugía en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Coordinador Nacional del Grupo/Programa Comunicación y Salud de la semFYC.*

#### Ponentes y contenido:

1. De la enseñanza en entrevista clínica

**Juan Carlos Arbonies Ortiz**

*Médico de familia del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza). Licenciado en Medicina y Cirugía en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Responsable y coordinador técnico del Portfolio semFYC. Vocal de docencia del Grupo/Programa Comunicación y Salud de la semFYC.*

2. De la investigación en entrevista clínica

**Luis Ángel Pérula de Torres**

*Técnico de Salud Pública de la UD de MFyC de Córdoba. Licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad de Córdoba. Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.*

#### Introducción

J.M. Bosch Fontcuberta

Esta mesa tiene como objetivo dar una visión global de la evolución del Grupo/Programa Comunicación y Salud de la semFYC. Hacia finales de la década de 1980 un grupo de médicos y enfermeros de la Atención Primaria, liderados por Francesc Borrell, empezamos a profundizar en uno de los grandes retos de la asistencia sanitaria: la relación entre los profesionales sanitarios y los pacientes.

El Grupo/Programa Comunicación y Salud (GPCYS) organiza anualmente, y desde sus inicios, el Congreso Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial. Participan alrededor de 300 personas y lidera la formación en entrevista clínica en las 17 comunidades autónomas, cuidando de manera especial la formación de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, y extendiéndose lenta pero progresivamente a la formación en comunicación asistencial de los médicos de otras especialidades y disciplinas asistenciales, fundamentalmente vinculada al primer nivel de atención. El Grupo/Programa, asimismo, está desarrollando una activa labor en el diseño de ofertas docentes para la formación de estudiantes de medicina y enfermería en diversas universidades españolas. A este efecto, colabora activamente con la Academia de Medicina de Familia (P. Bonal). Aunque existen en la actualidad diversas ofertas docentes en entrevista clínica en el pregrado, queda, sin embargo, un largo camino en su implementación, así como en su coordinación curricular en los diferentes cursos de medicina.

Recientemente se ha formalizado la creación de un incipiente Grupo Comunicación y Salud de pregrado, formado y liderado por estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona, en conexión y con el soporte del GPCYS de semFYC, con el objetivo, en palabras de sus fundadores, de que «los estudiantes de medicina y otras ramas sanitarias puedan conocer, adquirir y desarrollar habilidades comunicativas que les preparen y les ayuden a establecer relaciones médico-paciente positivas, enriquecedoras y útiles» (L. Lara). Actualmente, el GPCYS conecta a más de 500 miembros activos a través del correo electrónico, la mayoría especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria. Por sus características de grupo abierto, incorpora asimismo a profesionales de enfermería, psicología, psiquiatría, pediatría y de algunas otras especialidades (nefrología, oncología, dermatología), así como del trabajo social.

Vía correo electrónico, y a través de invitaciones y colaboraciones, también participan y forman parte del grupo personas de otros países (Argentina, Chile, Colombia, Brasil, Ecuador, EE.UU, Italia, Noruega...). Recientemente, y gracias a la estrecha colaboración con el GPCYS, se ha creado el Grupo Comunicación y Salud de la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia (M. Dohms, P. Poli).

El GPCYS tiene una representación en la *European Association for Communication in Health Care* (EACH), así como en su delegación de profesores de entrevista clínica (TEACH) (A. Carvajal, C. Dago, R. Ordovás, J.J. Rodríguez). A tal efecto, organizó la Conferencia Internacional de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial en Barcelona el año 2000, con la asistencia de 450 profesionales de más de 20 países, evento que confirmó su proyección internacional. En la actualidad está trabajando con EACH la posibilidad de llevar a cabo, en un futuro, una nueva edición del congreso internacional en Bilbao.

Varios componentes del GPCYS son miembros activos de la red de profesores en Entrevista Motivacional, la MINT (*Motivational Interviewing Network Trainers*) presente en más de 20 países, así como de su comité científico y organizador en Estocolmo 2010 (M. Campiñez, S. Novo).

Los tres pilares básicos del GPCYS son la formación, la docencia y la investigación en entrevista clínica y comunicación asistencial, y fruto de ello son las cerca de 250 actividades que cada año se organizan en las diferentes comunidades sobre los más diversos temas relacionados con la relación médico-paciente.

La constante en nuestros congresos de actividades de formación docente (formación de formadores en entrevista clínica, el diseño de guías docentes, portafolio del docen-



te en comunicación...) y el estímulo a la investigación, produce en los últimos años una media de 30 comunicaciones o pósteres al Congreso Nacional. Los congresos son también un encuentro para la realización de variadas actividades de carácter humanista o lúdicas (obras de teatro, concurso de relatos escenificados, cine fórum, o actividades como el tai-chi, técnicas de relajación, actividades deportivas...).

Miembros del Grupo han leído 10 tesis doctorales en relación con nuestro tema en los últimos cursos académicos.

Entre las actividades más relevantes del GPCYS destacaríamos la formación básica en entrevista clínica, y la formación de formadores (en la actualidad existen más de 150 profesores de entrevista clínica en las diferentes comunidades autónomas). La evaluación formativa de la entrevista clínica y la comunicación asistencial ha desarrollado potentes cuestionarios con buenos índices de validez, como el GHATA (J.A. Prados) o el CICAA (R. Ruiz), para entrevistas generales y centradas en el paciente. Recientemente se están validando escalas para la valoración de la Entrevista Motivacional (EVEM) (M. Campiñez), así como de la toma de decisiones junto con el paciente (CICAA-Decisión; R. Ruiz, L. Pérula). La evaluación cualitativa mediante sesiones de *feedback* con el método PBI (*Problem Based Interview*) ha sido desarrollada por el Grupo, e implementada en la formación de diversas unidades docentes de Medicina de Familia y Comunitaria españolas (J.J. Rodríguez).

La autoevaluación en entrevista clínica mediante el portafolio docente ha sido desarrollada por diversos componentes del Grupo (J.A. Prados, J.C. Arbonies, E. Muñoz).

La evaluación a través de las ECOES (mediante actores programados) ha sido ampliamente utilizada, tanto para fines evaluativos como docentes, en el pregrado de medicina (R. Descarrega, E. Kronfly), como en el posgrado (C. Blay, N. Barragan).

El desarrollo de modelos de entrevista que amplían el abanico de actuaciones de los profesionales, ha sido trabajado y difundido en profundidad a través de congresos, cursos, talleres y publicaciones. Entre ellos, cabe destacar el modelo de Entrevista Motivacional (J. Cebrià, J. Massons, R. Casals); la Terapia Familiar Breve (J.J. Rodríguez, M. Real), o la entrevista con el adolescente (Y. Jarabo), por poner algunos ejemplos. El GPCYS ha incorporado de forma ágil los postulados de la psicología emotiva racional, a través de talleres sobre autocontrol emocional (N. Pulido, M. Martínez), o el trabajo de la prevención y el abordaje del *burn out* (J. Cebrià, C. Palma). Fruto de estas reflexiones y otras múltiples aportaciones es el modelo de entrevista clínica cognitivo emocional (F. Borrell). El trabajo y el entrenamiento en habilidades de psicoterapia mediante la Terapia de Resolución de Problemas, aprehensible y factible en la labor de los profesionales de la Atención Primaria, sigue siendo difundida por el Grupo (J. García Campayo, F. Orozco).

Así mismo, la práctica reflexiva (*mindfulness*) está siendo difundida por varios miembros del GPCYS, lo que está ayudando a muchos profesionales a realizar un trabajo de introspección que permita tomar conciencia de los pensamientos y sentimientos que los pacientes nos generan. Así mismo, a trabajar con la incertidumbre que comporta la atención a los pacientes, ya sea en referencia al diagnóstico, tratamiento, o el pronóstico de la enfermedad (J. García Campayo). Existe cada vez mayor evidencia de que un entrenamiento en la práctica reflexiva redundará en beneficios hacia el profesional (con mayor capacidad de afrontar los sentimientos negativos y evitar el agotamiento profesional *-burn out-*), así como para el manejo en la prevención de errores clínicos (F. Borrell y R. Epstein).

La mejora de la comunicación en el equipo tiene también un

espacio de reflexión interesante en el Grupo (J. Esteban). También, los trabajos acerca de un problema tan acuciante como es la hiperfrecuentación de las consultas y su abordaje (J. Bellón, A. Rodríguez).

El Grupo trata de ser el modelo más sencillo de un grupo de autoayuda. Quien lo desee, se vincula asistiendo a las actividades que le parece y aporta sus reflexiones, su experiencia, su capacidad docente, o aquella bibliografía interesante que sobre comunicación llega a sus manos.

El GPCYS dispone de una página web ([www.comunicacionnysalud.es](http://www.comunicacionnysalud.es)) que completa la información aquí esbozada, sus actividades, así como de interesantes enlaces con otras organizaciones y *blogs* que abarcan múltiples aspectos de las humanidades en medicina. La página web trata de convertirse en el ágora del GPCYS, donde sus miembros, así como profesionales de otros ámbitos, puedan conocer quiénes somos, qué hacemos y cuáles son nuestros objetivos.

Así mismo, edita la *Gaceta del GPCYS* con una periodicidad bimensual, que tiene como objetivo mantener informados a sus miembros de los eventos más representativos del Grupo, así como proporcionar informaciones relativas a la actualidad de sus miembros. La *Gaceta* se ha convertido en un instrumento más de cohesión del Grupo. La coordinación de la página web y la *Gaceta* la llevan a cabo E. Peguero y M. Campiñez, tras el trabajo previo de C. Almendro.

A través de la plataforma de Second Life de la semFYC, el GPCYS colabora en diversas actividades docentes, investigadoras, así como otras de carácter humanista (encuentros y debates sobre literatura, música...) (J.A. Prados).

Desde el año 2009, el Grupo aceptó la responsabilidad de constituir el Grupo/Programa Comunicación y Salud de la semFYC, fruto de las buenas relaciones que siempre ha mantenido con esta sociedad científica.

El GPCYS se sustenta en una misión, unos valores y una visión de futuro descritos en su Plan estratégico 2008-2011 (A. Sobrino et al.). La misión del Grupo es ayudar a desarrollar las capacidades y herramientas necesarias que sirvan a los profesionales sanitarios para humanizar la asistencia sanitaria y mejorar la comunicación asistencial.

La humanización de la medicina, el compromiso social, la solidaridad, la difusión de los valores profesionales de la semFYC y del GPCYS, la reflexión ética, son elementos que el Grupo quiere fortalecer, basados en valores como la generosidad, el entusiasmo, su capacidad resolutoria, así como el trabajo en equipo. Valores que no sólo reconocemos como necesarios, sino que además se han mostrado extraordinariamente útiles en la práctica clínica y que revierten en la población a la que asistimos.

Finalmente, la visión de futuro del GPCYS sigue siendo un escenario en el que todos los profesionales sanitarios practiquen la profesión de forma competente, humana y digna, entusiasmados por el autocuidado y el desarrollo personal, y por una comunicación asistencial enfocada hacia la autonomía y participación de los pacientes, quienes a su vez reconocen y aprecian a sus profesionales, al igual que sus instituciones.

#### Agradecimientos

Nuestro más sincero agradecimiento a todos los miembros del GPCYS que han colaborado, o que lo siguen haciendo en la actualidad, y que contribuyen con su entusiasmo, sus conocimientos y buen hacer en las diversas facetas (organizativas, docentes, investigadoras, o asistenciales), y que por motivos de espacio no han sido nombrados en el presente resumen. Así mismo, un emotivo recuerdo a aquellos que nos han dejado, porque su amistad y su cariño perviven entre nosotros.

## Bibliografía

- Borrell F, Epstein RM. Preventing Errors in Clinical Practice: A Call for Self-Awareness. *Ann Fam Med*. 2004;2:310-6.
- Formación del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria en el Área de Comunicación Asistencial. Aportación del Grupo/Programa Comunicación y Salud de semFYC, Mayo 2009.
- García J. La práctica del "estar atento" (mindfulness) en medicina. Impacto en paciente y profesionales. *Aten Primaria*. 2008;40(7):363-6.
- Jarabo Y, Vaz FJ. La entrevista clínica con adolescentes. *FMC*. 1995;2:455-65.
- Plan estratégico del Grupo Comunicación y Salud/Programa semFYC 2008.
- Prados JA, Cebrià J, Bosch JM, Borrell F, Alonso S, Pérez JJ. Diseño de un cuestionario para la valoración de la comunicación asistencial: Cuestionario GATHA base. *Tribuna Docente*. 2003;4(5):31-48.
- Prados JA, Almendro C, Guerra G. Una herramienta para la mejora de la práctica clínica del médico de familia: El Portfolio. Barcelona: semFYC ediciones, 2006.
- Rodríguez J, Ruiz R. Programa de formación en técnicas de entrevista clínica: el proyecto COMCORD. *Aten Primaria*. 2001;27:503-10.
- Ruiz R. Educación Médica. Manual práctico para clínicos. Madrid: Editorial Interamericana; 2009.

## De la enseñanza en entrevista clínica

J.C. Arbonies Ortiz

### La atención a los pacientes y la docencia unidas por la comunicación

Me pongo a escribir sobre mi ponencia en el 31 congreso de semFYC y antes de nada me pregunto: ¿qué les puedo contar a los asistentes que les pueda interesar y les sea de utilidad? No sé quiénes acudirán a nuestra mesa, probablemente muchos compañeros del Grupo/Programa Comunicación y Salud, algunos congresistas sensibilizados por el tema de la relación con los pacientes y espero que alguno que lea este escrito y le interese el menú que le proponemos.

Antes de seguir leyendo, te propongo que veas lo que voy a tratar y luego decidas si sigues leyéndolo, y si te gusta, acudas a nuestra mesa para aprender juntos.

El menú que propongo comienza con una breve presentación del Grupo/Programa Comunicación y Salud, siguiendo por el trayecto paralelo caminado por nuestro grupo en las competencias de comunicación en la asistencia clínica y la actividad docente para acabar analizando lo que nos queda por conseguir en el futuro.

Nacimos de la mano de Francesc Borrell a mediados de la década de 1980 y desde el inicio, además de seguir descubriendo y aprendiendo los unos de los otros, nos gustaba compartirlo, difundirlo, «enseñarlo» para que otros profesionales sanitarios mejoraran su relación con el paciente. Algunos llamaron a esto posteriormente «Gestión del conocimiento»... Este aspecto lo plasmamos en nuestro plan estratégico de 2008<sup>1</sup> donde elegimos como misión del Grupo/Programa Comunicación y Salud la de ayudar a desarrollar las capacidades y herramientas necesarias que sirvan a los profesionales sanitarios para humanizar la asistencia sanitaria y mejorar la comunicación asistencial.

Elegimos esta misión porque los miembros del grupo estamos convencidos de que si logramos capacitarnos en competencias de entrevista clínica y comunicación asistencial mejoraremos la salud de nuestros pacientes. Si esto, a su vez, lo compartimos con otros profesionales, ayudará a que muchos pacientes se beneficien de ello. Por todo esto,

hemos hecho un esfuerzo en formarnos en metodología docente y competencias de formación y docencia.

Tenemos que decir, sin embargo, que en este supuesto «doble esfuerzo» hemos jugado con ventaja, ya que ambos procesos comparten competencias comunicacionales básicas de modo que, lo que nos sirve para ayudar a nuestros pacientes, nos sirve para ayudar a nuestros residentes-compañeros-alumnos. Esto ya lo reflejan en sus escritos Bimbela<sup>2,3</sup> y Roger Neighbour<sup>4</sup>.

En nuestras consultas y actividades clínicas tuvimos que hacer el «cambio de chip» de pensar que nosotros sabemos qué es lo mejor para nuestros pacientes (modelo centrado en el profesional) a incorporar la visión del paciente, con sus ideas, temores y expectativas (modelo centrado en el paciente). Así, también en nuestros cursos o nuestras tutorizaciones hemos tenido que viajar desde el modelo centrado en el docente al centrado en el que aprende.

En este viaje paralelo hemos utilizado un mismo vehículo, la comunicación, adaptada a diferentes contextos. Hemos tenido que conocer y practicar técnicas de conexión con el paciente y su familia, así como con el residente o los alumnos. Hemos desarrollado competencias para descubrir el problema del paciente, así como las necesidades y dificultades de los que aprenden. También hemos profundizado en las técnicas de información de negociación de persuasión y de motivación para ponerlas en práctica en las consultas, y en nuestros talleres o cursos o sesiones de tutorización.

Como bien apunta Roger Ruiz<sup>5</sup> con su escala CICAA (Conectar, Identificar y Comprender el problema, Acordar y Ayudar) la consulta y enseñar la relación clínica comparten las mismas tareas.

El establecimiento de una relación de confianza, el manejo de las emociones, la empatía, la asertividad o el respeto a la persona a la que tratamos de ayudar son las bases en la que se sustenta la relación médico-paciente y también del docente con sus discentes.

Hemos utilizado los incidentes críticos como una valiosa herramienta de mejora de nuestras consultas pero también para mejorar como docentes y como tutores.

Instrumentos como la videograbación de las consultas reales nos han servido para mejorar la relación con los pacientes pero también para ser mejores tutores y docentes. Con las técnicas de simulación como el Role Playing y los pacientes estandarizados hemos tenido oportunidad de entrenar las mejoras que llevar a cabo en las consultas, y también nos ha servido para entrenarnos en situaciones de bajo riesgo y perfeccionar talleres docentes.

Hemos aprendido a ser mejores profesionales de salud y mejores docentes innovando en evaluación formativa y sumativa con el portfolio integral del médico de familia<sup>6</sup> y el portfolio del docente<sup>7</sup>, realizando este doble juego de ser profesores y a la vez alumnos de aprender y enseñar, de dar y de recibir.

En esta dinámica de seguir mejorando nos planteamos nuevos retos. El primero será afianzar los cambios, pasando realmente de decir que lo hacemos (centrarnos en el paciente, o en el alumno) a realmente hacerlo. Para comprobarlo, tenemos pendiente de consolidar y mejorar los portfolios del médico de familia y del docente, haciéndolos más sencillos y buscando otros instrumentos que nos ayuden en la evaluación formativa y sumativa a diseñar un sistema de acreditación y reacreditación de las competencias asistenciales y docentes. Esto queda reflejado en nuestro plan estratégico, así como también tenemos pendiente liderar la formación en Comunicación Asistencial en el Posgrado MIR, en las directrices que recoge el Programa Nacional de la Especialidad (PNE) de Medicina Familiar y demás especialidades y el eter-

no asunto pendiente de ser el referente de formación en este campo en la universidad.

Otro reto es adaptarnos a las nuevas necesidades de la sociedad trabajando con grupos de pacientes, aprendiendo con ellos y facilitando el autoaprendizaje y su autonomía, aplicando la Innovación y nuevas tecnologías para facilitar el aprendizaje de los pacientes y mejorar nuestras actividades formativas y docentes. Nos queda pendiente el gran cambio de pasar de ser profesores o educadores a ser facilitadores. Todo esto tenemos que investigarlo, medirlo, demostrar que realmente sirve para mejorar la salud de nuestros pacientes.

#### Referencias bibliográficas

1. Plan estratégico del Grupo/Programa Comunicación y Salud de la semFYC 2008-2011.
2. Bimbela Pedrola JL. Cuidando al profesional de la salud. Habilidades emocionales y de comunicación. 7 ed. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2006.
3. Bimbela Pedrola JL. Cuidando al profesional de la salud. Habilidades emocionales y de comunicación. 2 ed. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2007.
4. Neighbour R. La Consulta interior: cómo desarrollar un estilo de consulta eficaz e intuitivo. 1 ed. Esplugues de Llobregat (Barcelona): J&C, ediciones Médicas; 1998.
5. Ruiz Moral R. Relación Clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. 1 ed. Barcelona: semFYC ediciones, 2004.
6. Grupo Portfolio semFYC. El portfolio estandarizado: una herramienta de evaluación formativa para médicos de atención primaria. *Jano Medicina y Humanidades*. Octubre 2006;13-19.
7. Arbonies JC, Muñoz Seco E. El portfolio del docente. *Jano. Medicina y Humanidades*. Febrero 2010;69-73.

#### De la investigación en entrevista clínica

L.Á. Pérula de Torres

Puntos clave para el debate:

- Es bien sabido que el ámbito de la Atención Primaria (AP) ofrece unas claras oportunidades para la investigación. Las características y potencialidades han sido bien identificadas y se están generando experiencias y organizaciones de referencia que están mostrando ya su capacidad para llevar a cabo investigación de calidad<sup>1,2</sup>.
- Como en cualquier otra área, la investigación en entrevista clínica tiene por misión aportar nuevo conocimiento y evidencias útiles para mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia del abordaje de los problemas de salud y la organización de los servicios de salud.
- La globalidad del abordaje en AP hace imprescindible y pertinente la investigación en temas como la relación clínica profesional/paciente, las motivaciones y oportunidades de cambios conductuales de los pacientes, las expectativas y el grado de satisfacción, o la participación de éstos en el proceso de la toma de decisiones. Las áreas de interés en el campo de la entrevista clínica y la comunicación asistencial son, pues, pertinentes, amplias y variadas.
- Existen muy escasos estudios bibliométricos que nos permitan evaluar la actividad y la producción científica en este terreno, tanto dentro como fuera de nuestro país, y por los que se han publicado<sup>3,4</sup> se deduce que aunque van *in crescendo*, aún es muy marginal la investigación en entrevista clínica. Predominan los diseños de estudio descriptivos, y el abordaje de temas como la información/educación a pacientes, la validación de cuestionarios o la enseñanza en comunicación clínica. En los últimos años se han emprendido proyectos de investigación de carácter experimental, como el ATEM-AP o el Dislip-EM, de

carácter multicéntrico, que tratan de comprobar la eficacia de herramientas comunicacionales como la Entrevista Motivacional para lograr el cambio positivo de conducta en los pacientes visitados por los médicos de familia o enfermeras de AP.

- En España, se da la paradoja de que la relación médico-paciente y la comunicación asistencial constituyen temas que suscitan un rico y constructivo debate entre los profesionales de AP, sin que esta reflexión se sustente en una sólida base empírica<sup>3</sup>, a tenor de los escasos estudios científicos publicados. La investigación en este campo tiene aún un largo camino por recorrer y constituye, por tanto, una de las líneas prioritarias que se deben potenciar en los próximos años.
- Las sociedades científicas como la semFYC, a través de sus grupos como el Grupo/Programa Comunicación y Salud –aunque no únicamente–, deben asumir y desempeñar un destacado papel en el desarrollo de la investigación en Entrevista Clínica. La creación de redes de investigación específicamente dedicadas a generar nuevo conocimiento en esta materia constituye una estrategia adecuada. La Red de Investigación en Comunicación y Salud (RICYS), auspiciada por el Grupo/Programa Comunicación y Salud de la semFYC, constituye un ejemplo tangible de este tipo de iniciativas.
- En esta mesa expondremos cómo se encuentra la situación actual en este apasionante campo, aportaremos información sobre el desarrollo de la línea estratégica de investigación del Grupo/Programa Comunicación y Salud, mostraremos, a modo de ejemplo, casos concretos de estudios que se están llevando a cabo, y debatiremos sobre cuáles son los retos para el futuro, las dificultades, limitaciones, amenazas y las oportunidades que en el momento actual se presentan. Recogeremos también las opiniones, sugerencias y experiencias que quieran realizar los asistentes a la mesa, con el objeto de avanzar todos juntos en la investigación en Entrevista Clínica.

#### Referencias bibliográficas

1. Fernández I. ¿Investigación en Atención Primaria?. *Aten Primaria*. 2003;31:281-4.
2. Violán C, Fàbregas M, Pujol E, Zabaleta E. Investigación en Atención Primaria. En: Navarro V, Martín-Zurro A. Proyecto de investigación: La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Barcelona: IDIAP Jordi Gol; 2009.
3. Bellón JA, Cañabate MT. La investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. *Aten Primaria*. 2001;27:452-8.
4. Camí J, Suñé-Piñol E, Mendes-Vasquez R. Mapa bibliométrico de España 1994-2002: biomedicina y ciencias de la salud. *MedClin (Barc)*. 2005;124:93-10.

#### MESA VASCO DA GAMA

#### La medicina de familia sin fronteras

Jueves, 9 de junio / 12.00-13.30 h  
Hotel Romareda. Planta baja / Salón Aragón

Moderadora:

**Raquel Gómez Bravo**

*Médico de familia. Adjunta del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz. Madrid. Tutora de Residentes. Vocal de JMF de la SoMaMFyC. Responsable del VdGM Spain. Miembro del grupo Recruitment.*

**Ponentes:****Virginia Hernández Santiago**

*Médico de familia. University of Dundee, Scotland, United Kingdom.  
Coordinadora nacional del Programa Hipócrates en España.*

**Paulino Cubero González**

*Médico de familia. Presidente de la SoMaMFyC. Tutor de residentes y tutor implicado en el Programa Hipócrates.*

**Resumen**

El Movimiento Vasco de Gama (MVdG) data de 2004, se gestó en el evento *Junior Doctor Programme*, reunión previa al Congreso Europeo Wonca que tuvo lugar en Ámsterdam, donde residentes y jóvenes médicos de familia de 13 países europeos se reunieron y concluyeron, tras reflexionar y debatir sobre las preocupaciones e intereses similares, que era necesario crear un grupo de trabajo común donde los más jóvenes estuvieran representados.

El objetivo del MVdG es difundir la filosofía de la medicina de familia y expandir el conocimiento de la especialidad con una perspectiva holística, no sólo a nivel europeo, sino mundial, e intercambiar experiencias, con el objetivo de enriquecer la medicina de familia y mejorar la calidad de los programas docentes de medicina de familia, construyendo estándares de calidad docente y establecer una base de datos centralizada de los programas docentes de la especialidad. Para desarrollar esta idea «prínceps», el MVdG se estructuró en cinco grupos de trabajo:

- *Research.*
- *Image.*
- *Exchange.*
- *Education and Training.*
- *Beyond Europe* (anteriormente llamado *Recruitment*).

Bajo las directrices del consejo europeo, formado por un delegado de cada país (actualmente 36 representantes), y el grupo ejecutivo, estos grupos se organizan para trabajar en grupos temáticos, fomentan un foro de soporte e información para residentes y jóvenes médicos de familia, que se reúnen anualmente los días previos al Congreso Europeo para poner en común las actividades desarrolladas durante todo el año. Así mismo, se establece una red de comunicación entre todos ellos, donde se identifican intereses comunes, dudas, necesidades y se ayuda a dirigirlos, mediante:

- Boletines de noticias.
- Colaborar con colegios y asociaciones nacionales.
- Estimular la formación de una representación nacional de jóvenes y futuros médicos de familia.
- Colaborar con organizaciones internacionales.
- Representación del MVdG en reuniones internacionales.

Uno de los grupos más consolidados es *Exchange*, que ha establecido con el Programa Hippokrates, el Programa Europeo de Intercambio de Residentes de Medicina de Familia de la Wonca Europa, la movilidad entre residentes y médicos jóvenes, aquellos que están en los 5 años posteriores tras haber acabado la residencia. Actualmente 22 países participan de este programa de rotación de 15 días, estructurado y organizado en base a unos objetivos que le permitan cumplir una serie de objetivos docentes preestablecidos. En España fue instaurado por Sara del Olmo Fernández y actualmente Virginia Hernández es la responsable de esta rotación acreditada por Wonca, aprobada y avalada por EURACT (asociación europea de tutores de medicina de familia) y semFYC. Se expondrán todos los trámites necesarios para llevarla a cabo, así como la experiencia de un tutor implicado en la misma.

El MVdG se ha consolidado como un foro de trabajo de cooperación internacional donde residentes y jóvenes médicos encuentran respuesta a sus inquietudes y necesidades, participan de Wonca, y extienden su filosofía en las nuevas generaciones, de quienes depende el futuro de la Medicina Familiar y Comunitaria.

**MESA 25.º ANIVERSARIO DE LA REVISTA  
ATENCIÓN PRIMARIA**
**Una revista para la Atención Primaria  
del futuro**

Jueves, 9 de junio / 09.30-11.30 h

Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala Mariano Gracia

**Moderador:****Amando Martín Zurro**

*Presidente del Organismo de Coordinación del PAPPs.*

**Ponentes y contenido:**

1. Datos y reflexiones sobre el pasado, presente y futuro de la revista

**José Jiménez Villa**

*Editor asociado de la revista Atención Primaria. División de Evaluación de Servicios del Servei Català de la Salut.*

**Joan Gené Badia**

*Médico de familia. ICS-CAPSE. Universidad de Barcelona. Editor asociado de la revista Atención Primaria.*

**Carmen Batalla Martínez**

*Médico de familia. ICS, Sant Quirze del Vallès (Barcelona). Editora asociada de la revista Atención Primaria.*

2. Los factores de impacto

**Domingo Orozco Beltrán**

*Médico de familia. CS San Blas. Alicante. Doctor en Medicina y Cirugía. Coordinador de la Unidad de Investigación del Departamento San Juan. Miembro del GdT Diabetes de la semFYC y de la SVMFiC.*

3. Ética y publicación científica

**Rogelio Altisent Trota**

*Médico de familia. CS Actur Sur. Zaragoza. Coordinador del GdT Bioética de la semFYC. Coordinador del Grupo de Investigación de Bioética. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.*

**Introducción**

La revista *Atención Primaria* fue fundada en 1984 por los doctores J.F. Cano Pérez y A. Martín Zurro y publicada inicialmente por Haymarket, una editorial con capital mayoritariamente inglés y participada por editorial Doyma. Es preciso reconocer el constante apoyo prestado a la publicación a lo largo de muchos años por el máximo responsable de Doyma, el Sr. J.A. Dotú Roteta, en una época en la que a los problemas que originaba el desconocimiento casi general sobre lo que era y significaba la nueva atención primaria que comenzaba a nacer se añadía el de la práctica inexistencia de actividad investigadora en la entonces denominada asistencia médica ambulatoria. La revista comenzó a publicarse con periodicidad bimestral y así permaneció hasta el año 1987 en que pasó a distribuirse con periodicidad mensual y a asumir el carácter de publicación propia de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). A partir de 1989, la revista aparece referenciada en el *Index Medicus* y en 1992 se inicia la etapa de aparición quincenal, que se ex-

tiende hasta el comienzo del año 2007, fecha en la que ingresa en el *Science Citation Index* y pasa de nuevo a publicarse con periodicidad mensual. El primer factor impacto, correspondiente al año 2009, calculado sobre los artículos publicados durante 2007 y 2008, fue de 0,437. Estos fríos datos sobre la evolución histórica de la revista no permiten reflejar todo el trabajo, aportaciones científicas y colaboraciones de tantos médicos de familia que han hecho posible el progreso de la publicación, desde los que han formado parte de los distintos Comités de Redacción, Editoriales y Asesores hasta los responsables y técnicos de semFYC y de la actual editorial Elsevier pasando, como protagonistas indiscutibles y principales, por los autores que nos han distinguido con su confianza al enviarnos sus trabajos de investigación y opinión, y los revisores de los manuscritos, cuya anónima y desinteresada labor es garantía de la calidad e interés de los contenidos científicos de la revista.

Hemos cumplido 25 años y la revista *Atención Primaria* se ha situado en un lugar internacional de privilegio entre las publicaciones de este ámbito. El reto es continuar avanzando en la senda del prestigio de la Medicina de Familia y Comunitaria española tanto dentro como fuera de nuestras fronteras. Contribuir a que el trabajo investigador de nuestros co-

legas sea reconocido y valorado cada vez más en el contexto científico mundial globalizado en que nos movemos.

Este acto de celebración de aniversario es una oportunidad excelente para compartir con todos vosotros, con la seriedad requerida pero también con ánimo de fiesta, reflexiones sobre lo que ha sido, es y esperamos que sea en el futuro nuestra y vuestra publicación científica principal. En la mesa del aniversario nos van a acompañar profesionales de prestigio para aportarnos su visión sobre dos ámbitos de la mayor relevancia. El Dr. Orozco nos hablará sobre el factor, mejor dicho, sobre los factores de impacto de las publicaciones científicas; esos instrumentos de medida del prestigio y visibilidad de la investigación, a la vez tan valorados, deseados y discutidos desde distintas perspectivas. El Dr. Altisent nos va a trasladar su gran experiencia y capacidad de análisis sobre un campo que cada vez nos debe ocupar y preocupar más, el de la ética de la publicación científica: las “rayas rojas” que el investigador no puede nunca cruzar.

El equipo editorial de la revista *Atención Primaria* quiere que este acto traduzca el agradecimiento que sentimos hacia los/las colegas que hacen posible la publicación: autores, revisores de los manuscritos y sus destinatarios finales, los lectores.

# Debates

## DEBATE 1

### Troncalidad: de sus oportunidades y fortalezas para la Medicina de Familia

Jueves, 9 de junio / 10.30-11.30 h

Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Mozart

#### Moderador:

José Ignacio Gaspar Escayola

*Jefe de Servicio de Planificación y Ordenación Sanitaria del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón.*

#### Ponentes y contenido:

##### 1. Troncalidad: de sus oportunidades y fortalezas para la Medicina de Familia

Verónica Casado Vicente

*Presidenta de la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Vicepresidenta del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.*

##### 2. La cara oculta de la troncalidad

Pablo Bonal Pitz

*Médico de familia. CS Universitario de Bellavista. Coordinador pregrado en la UD de MFyC de Sevilla. Profesor asociado del Departamento de Medicina de la Universidad de Sevilla.*

### Troncalidad: de sus oportunidades y fortalezas para la Medicina de Familia

V. Casado Vicente

El sistema de formación especializada a través de residencia, a lo largo de sus más de 30 años, ha sido, indudablemente, uno de los elementos que ha contribuido a elevar de forma homogénea en todo el Estado español la calidad asistencial, y ha situado a la Atención Primaria y a la Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC) entre las de mayores cotas de calidad en el ámbito de los países más desarrollados.

Sin embargo, no está exento de posibilidades de mejora y debe atender a la necesidad de mejora continua. En España existen 47 especialidades médicas (35 en el que más tiene en Europa) con acceso directo a las mismas, mientras que en Estados Unidos y en la mayoría de los países de la Unión Europea precisa del paso previo por un área troncal. La reforma de la formación sanitaria especializada a través de la troncalidad pretende dotar al futuro especialista de una base competencial más amplia que le permita una mayor versatilidad y pluralidad en su formación nuclear.

Por ello, en el momento actual se trata de buscar el equilibrio entre la necesaria especificidad de la especialización y un cuerpo competencial transversal. La filosofía que subyace en toda la reforma europea y la preconizada por la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS 2003) se orienta hacia una construcción formativa lógica que apuesta por el *continuum* formativo, que parte de un grado que debe establecer cimientos sólidos polivalentes y sobre esta base construir la troncalidad, que aborda competencias transversales, comunes a varios especialistas, y que debe favorecer la continuidad asistencial en el itinerario de cada paciente. Y sobre este tronco, sólido, construir la especificidad de cada especialidad.

Es evidente que las propuestas actuales sobre troncalidad tienen importantes debilidades y amenazas, pero vale la pena analizar las oportunidades y las fortalezas y no dejarse llevar por la resistencia al cambio y, sobre todo, si el cambio va a hacerse, participar en el proceso como protagonistas nucleares.

Nuestras oportunidades se ligan, en primer lugar, a las posibilidades de tener:

- Un posicionamiento estratégico para la formación y:
  - Ocupar un lugar nuclear en la formación de competencias troncales de tronco médico, por nuestra propia esencia de pluripotencialidad y polivalencia.
  - Las unidades troncales podrían ser de unidad y no de centro, y la experiencia en coordinación de dispositivos convierte a las unidades docentes (UDD) de MFyC en referentes organizativos.
  - Mejorar el conocimiento de la MFyC en todas las especialidades del tronco médico, lo que puede impactar sobre nuestro prestigio profesional y académico.
  - Mejorar la valorización de la MFyC y posibilidad de extender los valores de la MFyC a todos los residentes no sólo a los propios.
  - Mejorar el conocimiento sobre competencias genéricas de todos los especialistas con el impacto sobre su capacidad formadora posterior.
  - Favorecer la elección informada de la especialidad (si no se elige la especialidad desde el inicio) y así limitar la solicitud de cambios de especialidad.
  - Diversificar la formación, ampliarla y favorecer el aprendizaje de la resolución de los problemas desde diferentes perspectivas.
  - Incrementar el tiempo de formación en MFyC, ya que así los rotatorios propios de la MF se hacen en el periodo inicial y se podría garantizar 2 años exclusivos en MFyC. Se pasaría de la media actual de 20 meses en MFyC a, al menos, 27 meses garantizados en MFyC.
  - Alinearse con el Espacio Europeo de Educación Superior y favorecer que este cambio se inicie en el grado. Pero teniendo claro que aunque se inicie en el grado no sustituye lo que debe hacerse después. De la misma manera que aunque la MF sea una disciplina nuclear, su presencia en la universidad no cuestionaría nunca su presencia como especialidad. Que el grado se oriente hacia la troncalidad con la MF como nuclear no invalida, sino todo lo contrario, la reforma sobre un desarrollo lógico de adquisición de competencias.
- Un posicionamiento estratégico sobre el sistema y:
  - Mejorar la coordinación entre niveles sanitarios. Mejorar la continuidad de la atención y la coordinación externa e interna de los procesos en los diferentes ámbitos sanitarios. Adecuar el sistema formativo al itinerario de los pacientes.
  - Resolver las «luchas» entre especialidades sobre el abordaje de problemas «compartidos» y limar la sensación de intrusismo y, por lo tanto, favorecer la coalición y no la competitividad.
  - Favorecer la adaptación del especialista a diferentes entornos asistenciales y sociales.
- Un posicionamiento estratégico sobre la profesión y:
  - Mejorar las perspectivas de desarrollo profesional.
  - Adecuar el sistema formativo a las actuales tendencias de organización en la prestación de servicios y a la cronicidad y pluripatología.
  - Si se ajusta la planificación de plazas probablemente la reespecialización por falta de trabajo se minore y se consiga una reespecialización más «normalizada» y flexible.

Este posicionamiento reposa sobre nuestras fortalezas:

- **Ventajas naturales:**
  - Especialidad nuclear, transversal y pluripotencial.
  - Programa formativo conceptualmente troncal con división por prioridades grado I, II y III que facilita su adaptación al programa troncal.
- **Capacidades distintas:**
  - Programa formativo orientado a competencias.
  - Más experiencia en metodologías formativas y evaluativas.
  - Unidades docentes entrenadas en la coordinación de diversos dispositivos.
  - Tutores altamente cualificados, con capacidades para modificar vocaciones e incrementar la vocación hacia la MF.
- **Recursos superiores:**
  - UDD profesionalizadas con dedicación mayor a la formación especializada que cualquier otra estructura y la posibilidad de ser núcleo para las UDD troncales.
  - Red de centros de salud docentes amplia: 856 CS.
  - Red de tutores muy amplia: más de 3.000 tutores.

Hemos sido capaces de cambiar muchas cosas, y ahora puede ser una buena oportunidad para seguir avanzando y tenemos el deber y el derecho de ser función central de la educación médica especializada y no sólo del sistema sanitario, por lo tanto conseguir ser el eje de la troncalidad no sólo en contenidos, sino también en estructuras.

#### Bibliografía

- Casado Vicente V. Appraisal of Family and Community Medicine. *Aten Primaria*. 2010;42:601-3.
- Casado Vicente V. Presente y futuro del MIR de medicina de familia. *Aten Primaria*. 2007;39:391-3.
- Casado Vicente V. Troncalidad y medicina de familia. *Aten Primaria*. 2009;41:179-80.
- Grupo de troncalidad de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. La Troncalidad en las Especialidades Médicas. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid, 2010.
- Grupo de troncalidad del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la salud. La Troncalidad en las Especialidades Médicas. Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Ciencia e Innovación. Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. Madrid, 2008.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Boletín Oficial del Estado nº 280, de 22 de noviembre de 2003.

---

#### La cara oculta de la troncalidad

P. Bonal Pitz

Las instituciones oficiales nos presentan la troncalidad como una panacea para todas las carencias actuales en formación de posgrado, y por ende del sistema de salud, por obra y gracia de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). Pero también hay muchos que se sienten amenazados ante un cambio tan radical en un sistema docente tan consolidado y de reconocida excelencia formativa en el posgrado. Si bien es cierto que la troncalidad pretende de manera bienintencionada facilitar la adaptación de la formación posgrado a los cambios en las necesidades de los servicios de salud (adecuación de las especialidades cualitativa y cuantitativamente en función de necesidades), mejorar aspectos en la capacitación de los futuros especialistas que actualmente están ausentes (atención integral orientada a la resolución de problemas con un enfoque multiprofesional y multidisciplinar), y que todos los especialistas tengan un perfil profesional más amplio, generalista y global, etc.

También hay que considerar que el proceso no consiste en construir algo nuevo, ya que se está realizando sobre unas realidades y contextos preexistentes muy determinantes de la situación actual. No se puede obviar que los objetivos y las metodologías docentes de las actuales facultades de medicina están anclados en el pasado, y los esperables cambios derivados del Espacio Europeo de Educación Superior corren el riesgo de ser más de fachada que nucleares, ya que una corriente mayoritaria del profesorado desea que las rutinas y los entresijos docentes cotidianos no cambien. Además, la actual plétora en el número de especialidades en España es el fruto de los intereses de determinados grupos de presión profesionales cuyos intereses y cuotas de poder intentan mantener, más que de necesidades de salud de la población o en la de los servicios de salud. Finalmente, la preeminencia real de la atención hospitalaria frente a la Atención Primaria (AP) a la hora de priorizar y asignar presupuestos (sólo hay que comparar las cargas de trabajo, los medios disponibles y el confort profesional de los médicos en ambos ámbitos) hacen que las rotaciones o la residencia en un centro de salud no sean los mejores alicientes para que los alumnos y los residentes opten por esta especialidad y este ámbito laboral, a pesar de las satisfacciones profesionales que se producen al trabajar en AP.

Pero además, en todo este debate hay aspectos que no se dicen, o no se hacen lo suficientemente explícitos, y que forman parte de los problemas que pretende solucionar la troncalidad o que pueden llegar a repercutir de manera negativa en el futuro de la medicina de familia (MF), su proceso formativo y situación profesional.

#### Lo que no se dice

1. Si tan importante para el Sistema Nacional de Salud (SNS) es el objetivo de la troncalidad de dar formación integral, de calidad y multidisciplinar que fomente el trabajo en equipo y favorezca una elección mejor informada de la especialidad a los futuros médicos especialistas, ¿por qué hay que esperar al posgrado?
2. Es innecesario desplazar 2 años el período de formación mir específico de especialidad para hacer el trabajo que se debería haber hecho en las facultades de Medicina. Es un intento de arreglar las actuales carencias de la licenciatura, por falta de profesorado capacitado, metodologías docentes y contenidos. En las facultades de Medicina no se preparan médicos, se preparan opositores al mir. Esto no sería «en sí mismo» un problema si no fuera porque ello supone una reducción de los períodos formativos específicos de cada especialidad. Esos 2 años habría que recuperarlos del tiempo en las facultades de Medicina y que 5º y 6º de carrera los asumieran los servicios de salud coordinados por el Ministerio de Educación junto con el Ministerio de Sanidad, tal como se hizo en 1979 con la formación de posgrado. El problema radica en la falta de voluntad política de resolver los problemas en sus orígenes.
3. Los especialistas hospitalarios son altamente competentes en los contenidos concretos de sus especialidades, pero presentan serias incompetencias profesionales en las competencias básicas y esenciales que debería tener cualquier médico, independientemente de su especialidad, lo que genera ineficiencias y dificultades diversas en su labor en las tareas globales del sistema de salud.
4. La troncalidad facilita incrementos de duración en la dedicación a guardias en los residentes de algunas especialidades con la ventaja económica que ello supone para los gestores hospitalarios.

### Efectos deletéreos sobre la medicina de familia

1. Riesgo de disminución del período formativo total en AP de los futuros médicos de familia en el período común.
2. Pérdida del contacto inicial obligatorio (*Imprintig* profesional) de los futuros médicos de familia con su especialidad con el consiguiente riesgo de no adquirir las actitudes positivas hacia ella proporcionadas por el contacto profesional precoz y la reformulación de sus intereses hacia el trabajo en AP. Como consecuencia, no sería de extrañar un rechazo posterior a incorporarse de médico de familia en AP y frustraciones en los residentes de MF «no vocacionales» (la mayoría) en el tránsito desde el ámbito hospitalario a AP después de haber estado en Medicina Interna y sus especialidades casi 1 año.
3. Reducción del peso docente de las actuales unidades docentes (UUDD) de MFyC (con riesgo de desmantelamiento y transferencia a gerencias o a los mismos centros de salud) por la reducción del número total de residentes (50 % en el mejor de los casos).
4. Pérdida de presencia docente e investigadora de las actuales UUDD de MFyC al disminuir el número de residentes total, con probable pérdida de recursos humanos (muy cualificados en docencia en Medicina) y materiales por cesión o traspaso desde las UUDD de MFyC a las UUDD del Tronco Médico.
5. Un nuevo cambio en el programa de especialidad de MFyC, cuando el actual programa de 4 años definido en sus objetivos y contenidos, asegura su calidad, es impartido y controlado por la MF, y ahora se reduce a 2 años, con consecuencias imprevisibles en sus resultados formativos.
6. Incremento de la realización por médicos de familia de segundas especialidades, por las facilidades para hacer otra especialidad en menor tiempo y con mayores opciones laborales al finalizar (además de 2 años más de contrato en «su» hospital).
7. Las UUDD de MFyC pierden el seguimiento docente de los futuros médicos de familia en los primeros años de su residencia, donde los valores hospitalarios tendrán un mayor peso e influencia.

### Bibliografía

- Casado Vicente V. Presente y futuro del MIR de medicina de familia. *Aten Primaria*. 2007;39:391-3.
- Casado Vicente V. Troncalidad y medicina de familia. *Aten Primaria*. 2009;41:179-80.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. *Boletín Oficial del Estado* n° 280, de 22 de noviembre de 2003.
- Moreno González A. Situación de la especialización de los médicos en España. ¿Hacia dónde vamos? Integración en Europa de las especialidades médicas. *Rev Adm Sanit*. 2008;6:403-13.

### DEBATE 2

## Me voy al dentista: ¿antibiótico como prevención o como tratamiento?

Jueves, 9 de junio / 09.30-10.30 h

Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Mozart

### Moderadora:

M.<sup>a</sup> Luisa Morató Agustí

*Médico de familia asistencial. Miembro del GdT Vacunas y Profilaxis de la CAMFiC y del GdT Enfermedades Infecciosas de la semFYC.*

### Ponentes:

**Purificación Robles Raya**

*Médico de familia asistencial. Miembro del GdT Vacunas GERMIAP de la CAMFiC.*

**Elena de Frutos Echaniz**

*Médico de familia asistencial. Miembro del GdT Vacunas GERMIAP de la CAMFiC.*

### Introducción

Tal vez porque estamos inmersos en una medicina defensiva o porque siempre se ha hecho así, cada vez son más los enfermos que reciben antibiótico para tratamiento o profilaxis de procesos para los que no cumplen criterios de indicación. Esto es lo que ocurre cuando han de acudir a las consultas de odontología. «Me voy al dentista» no ha de suponer la indicación sistemática de un antibiótico.

No se dispone de datos fiables sobre la prevalencia de la infección odontogénica y aunque la mejora de los hábitos en la higiene bucodental la ha reducido, se estima que más del 40 % de la población española posee caries y el 90 % de los mayores de 65 años padece alguna forma de periodontitis.

Debemos conocer la composición de la flora bacteriana oral en nuestro ámbito y su susceptibilidad a los antibióticos más utilizados<sup>1</sup> para poder adaptar convenientemente el tratamiento y evitar los efectos secundarios y los sobretratamientos<sup>2</sup>. Generalmente, se trata de infecciones polimicrobianas. Muchos microorganismos aislados en un proceso determinado no parecen tener ningún papel en su patogenia pero su presencia indica que la pueden facilitar suministrando nutrientes o factores de crecimiento, creando un pH favorable, o ejerciendo efectos antagónicos con otros microorganismos<sup>3</sup>.

A pesar de que la literatura científica apunta que no toda intervención odontológica es tributaria de profilaxis antibiótica sistemática para la prevención de infección local o a distancia, la gran disparidad de recomendaciones en guías y protocolos demuestra la falta de consenso en este campo<sup>4,5</sup>. No está claro si los daños potenciales y los costos de la administración de antibióticos superan cualquier efecto beneficioso<sup>6</sup>.

El objetivo de este debate es reflexionar sobre la justificación de dar antibióticos para tratar la infección odontogénica o prevenir sus posibles complicaciones locales o a distancia, y razonar las directrices para el uso, si fuese indicado, del antibiótico más adecuado, teniendo en cuenta los datos científicos actualmente disponibles.

### Tratamiento antibiótico en la infección odontogénica

La cavidad bucal forma un complejo ecosistema compuesto por más de 500 especies bacterianas<sup>7</sup>. *Streptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Veillonella*, *Lactobacillus*, *Corynebacterium* y *Actinomyces* representan más del 80 % de toda la flora. Los bacilos gramnegativos son raros en adultos sanos, siendo casi exclusivos de pacientes con enfermedades graves, hospitalizados y ancianos. Es indispensable la anamnesis, exploración y observación de cada proceso odontogénico, así como historiar los antecedentes que modifiquen nuestra conducta terapéutica y profiláctica.

Las infecciones odontogénicas representan el 10 % de las prescripciones antibióticas<sup>8,9</sup>. A pesar de la reconocida frecuencia e importancia de las infecciones odontogénicas, llama la atención la frecuente confusión entre profilaxis y tratamiento.



Las infecciones bucofaciales pueden clasificarse en dos grandes grupos en función de su origen<sup>10</sup>:

- Odontogénicas: caries, pulpitis, absceso periapical, gingivitis, periodontitis, pericoronitis, coronaritis, osteítis e infección de los espacios aponeuróticos.
- No odontogénicas: infecciones de la mucosa oral, de las glándulas salivales, etc.

La infección odontogénica debe ser abordada desde tres ámbitos terapéuticos: tratamiento etiológico odontológico que frecuentemente incluirá actuaciones quirúrgicas de mayor o menor envergadura; tratamiento sistémico de soporte, que incluirá manejo del dolor, medidas físicas para el control de la inflamación, hidratación, equilibrio de la glucemia, etc.; y tratamiento antibiótico.

El tratamiento antibiótico de las infecciones odontogénicas tiene como finalidad evitar la extensión local de la infección, reducir el inóculo bacteriano en el foco infeccioso y prevenir las complicaciones derivadas de la diseminación hematogénea. La duración del tratamiento suele oscilar entre 5-10 días, generalmente se prolonga 3 o 4 días después de la desaparición de las manifestaciones clínicas. No todas las infecciones odontogénicas requieren tratamiento antibiótico.

1. Infecciones endodóncicas de origen pulpar: la utilización de antibióticos estaría indicada en el paciente inmunodeprimido o que requiera profilaxis.
2. Gingivitis crónica y gingivitis ulcerativa necrosantes: la gingivitis leve no precisa de antibiótico. Requiere tratamiento local que elimine la placa y desinfecte los surcos gingivales. Pueden ser útiles los enjuagues con clohexidina, el cepillado con una mezcla de bicarbonato sódico y agua oxigenada, enjuagues frecuentes con agua y sal, o todos ellos. Como excepción, la gingivitis ulcerativa necrosante sí precisaría de uso antibiótico junto con desbridamiento e irrigación abundante.
3. Absceso periapical: están indicados el desbridamiento, drenaje quirúrgico y antibiótico sistémico.
4. Absceso periodontal: está indicado el desbridamiento y drenaje de la colección purulenta reservándose el antibiótico para situaciones con diseminación local o sistémica.
5. Periodontitis: desbridamiento, eliminación del cálculo y alisado de la raíz para eliminar los depósitos subgingivales y supragingivales de placa. Debe realizarse irrigación para la eliminación del sarro y pueden recomendarse los enjuagues con clorhexidina o el cepillado con mezcla de bicarbonato y agua oxigenada<sup>11</sup>. El antibiótico se reservaría para la periodontitis agresiva.
6. Pericoronaritis: casi siempre será necesario el empleo de antibióticos sistémicos.
7. Periimplantitis<sup>12</sup>: está indicado el tratamiento antibiótico acompañado de desbridamiento mecánico. Como tratamiento adyuvante pueden utilizarse enjuagues de clorhexidina durante 30 segundos después del cepillado dental.
8. Infecciones graves de las fascias y tejidos profundos de cabeza y cuello: será necesario realizar tratamiento etiológico, incisión, desbridamiento y drenaje de las colecciones supuradas así como la administración de antibiótico. En todo momento es preciso prestar atención a criterios de alarma (disnea, disfagia, fiebre > 38 °C, trismo, afectación del estado general) que obligarán al traslado urgente del paciente a un centro hospitalario.

En los últimos 10-15 años se ha duplicado el número de microorganismos resistentes de la cavidad bucal. En el 74-88 % de los pacientes con periodontitis se han encontrado especies productoras de beta-lactamasas. Los niveles de resistencias de varias especies de estreptococos del grupo viridans, tanto a macrólidos como a beta-lactámicos y a clindamicina, han aumentado de forma notable en España. Es imprescindible

conocer cuáles son los gérmenes<sup>13</sup> y la resistencia a cada antibiótico en nuestro ámbito<sup>14</sup>. El aumento de dosis en el caso de los macrólidos no mejoraría la cobertura frente a cepas resistentes, no ocurriría lo mismo con los beta-lactámicos en los que sí mejoraría la cobertura con el incremento de dosis. Otro factor asociado al aumento de resistencias, aparte de la mala indicación, sería la falta de cumplimiento terapéutico, en especial en lo que respecta a la dosis y duración del tratamiento. En la tabla 1, tomada del último documento de consenso español<sup>3</sup>, se reflejan los fármacos recomendados en nuestro contexto según la infección odontogénica que se presente. Desde Atención Primaria (AP) se debe tener en cuenta que en la cavidad bucal hay diversos microorganismos que se ven implicadas en las diferentes infecciones bucofaciales. Esto, junto a las diferentes características del huésped, debe ser tenido en cuenta a la hora de decidir el tratamiento y la duración del mismo<sup>15</sup>. Amoxicilina/ácido clavulánico, metronidazol y clindamicina presentan actividad frente a la mayoría de los microorganismos responsables de las infecciones odontogénicas<sup>16, 17</sup>.

### Profilaxis antibiótica en la infección odontogénica

Puntos clave<sup>18, 19</sup> que se deben tener en cuenta antes de recomendar profilaxis para una actuación odontológica:

- Una bacteriemia transitoria no tan sólo ocurre tras una extracción dental (35-80 %) o cirugía periodontal (30-88 %), sino que también tiene lugar en el contexto de un cepillado bucal (40 %) o mientras se mastica chicle (20 %)<sup>17</sup>.
- Bocas sépticas con inflamación crónica se asocian también a un aumento de los marcadores de inflamación como la proteína C reactiva (PCR) y fibrinógeno, entre otros. Estos marcadores de inflamación son predictores de episodios cardiovasculares, por lo que una mala higiene bucal se asocia a una mayor morbilidad cardíaca<sup>20</sup>.
- El antibiótico debe ser de fácil administración, se recomienda la vía oral y en dosis única siempre que sea posible.
- Para indicar la profilaxis con antibiótico debe haber un riesgo de infección superior al 10 %. La cirugía bucal no complicada tiene un bajo riesgo de infección. Factores que pueden incrementar dicho riesgo son: alargar el tiempo de intervención, si la cirugía es traumática (ostectomía), si ha habido una infección previa, si se coloca un cuerpo extraño o si el paciente presenta algún tipo de trastorno inmunitario<sup>21</sup>.
- No toda cirugía conlleva el mismo grado de riesgo de infección. Cabe distinguir entre tres tipos de cirugía: limpia, limpia contaminada y sucia. Los procedimientos dentales se consideran «limpia contaminada» aunque si hay que intervenir sobre tejido infectado se considerará contaminada.
- La pauta antibiótica debe ser racional. Debe usarse el antibiótico apropiado para prevenir una infección concreta por un germen determinado. En las infecciones odontogénicas el prototipo de antibiótico aconsejable sigue siendo penicilina.
- La administración de antibiótico debe hacerse de manera que el pico plasmático sea lo suficientemente alto en el momento de la intervención. Si se administra la dosis de antibiótico al menos 2 horas antes de la intervención, el riesgo de bacteriemia por manipulación dental disminuye considerablemente<sup>22</sup>.
- La profilaxis en cirugía dental en un paciente sano está recomendada sólo en el caso de extracción de una pieza dentaria impactada, cirugía periapical, cirugía del hueso, implantes, injerto óseo e intervención de tumores benignos. En sujetos con riesgo de infección local o sistémica (pacientes oncológicos, inmunosuprimidos, alteraciones metabólicas, etc.), la cobertura antibiótica debería ser administrada antes de iniciar un procedimiento invasivo<sup>5</sup>.

Tabla 1. Fármacos recomendados según la infección odontogénica.

Infección odontogénica	Fármaco de elección (vía oral y/o tópica)	Alternativa (vía oral y/o tópica)
Gingivitis marginal	Clorhexidina	
Gingivitis ulcerativa necrotizante	Amoxicilina/clavulánico o amoxicilina + metronidazol + clorhexidina	Clindamicina + clorhexidina
Periodontitis crónica	Amoxicilina/clavulánico o metronidazol + clorhexidina	Clindamicina o doxiciclina + clorhexidina
Periodontitis agresiva	Amoxicilina/clavulánico o metronidazol o doxiciclina oral + clorhexidina	Clindamicina o azitromicina o claritromicina
Pulpitis aguda	Amoxicilina/clavulánico	Clindamicina o azitromicina o claritromicina
Absceso periapical	Amoxicilina/clavulánico	Clindamicina o azitromicina o claritromicina
Absceso periodontal	Amoxicilina/clavulánico	Clindamicina o azitromicina o claritromicina
Pericoronaritis	Amoxicilina/clavulánico	Clindamicina o azitromicina o claritromicina

(Esta tabla es indicativa de los antibióticos utilizados, lo que no quiere decir que en todos los cuadros sean necesarios).

Antibiótico	Dosis para adultos	Dosis para niños	Observaciones
Amoxicilina	1000 mg/8-12 h	50 mg/kg/día en 3 dosis	
Amoxicilina + Ác. clavulánico	200 mg + 125 mg/12 h 875 mg + 125 mg/8 h	40-80 mg/kg/día en 3 dosis 500 mg + 125 mg/8 h	
Clindamicina	150-450 mg/6 h	25 mg/kg/día en 3-4 dosis	
Claritromicina	500 mg/12 h	7,5-15 mg/kg/día 12 horas	
Doxiciclina	100 mg/12 h	2 mg/kg/día 12 horas	En niños intentar otro antimicrobiano
Eritromicina	500-1000 mg/6 h	50 mg/kg/día en 3 dosis	
Metronidazol	500-750 mg/6-12 h	45 mg/kg/día en 3 dosis	
Azitromicina	500 mg/día durante 3 días consecutivos	10 mg/kg/día durante 3 días consecutivos	

Un procedimiento clínico aceptado durante muchos años ha sido el uso de profilaxis con antibióticos en pacientes con riesgo de endocarditis infecciosa (EI). En el momento actual las situaciones en las que está indicada la profilaxis se están restringiendo, demostrándose según la evidencia científica que en muchas ocasiones los riesgos de tomar antibiótico preventivo son superiores a los beneficios<sup>4</sup>.

A pesar del amplio uso de antibióticos para la profilaxis de EI, ésta también ocurre en pacientes no clasificados como de riesgo. Se estima que aunque la profilaxis tuviera una eficacia del 100 %, se evitarían muy pocos casos, por lo que se están limitando los grupos de riesgo para recibirla y se cuestiona su necesidad en procedimientos relacionados con el tracto respiratorio, gastrointestinal o genitourinario.

No existe ninguna prueba que demuestre que tomar antibiótico antes del procedimiento dental prevenga la EI en pacientes sanos o bien con patologías cardíacas como el prolapso de la válvula mitral, la cardiopatía reumática, enfermedad valvular bicúspide, estenosis aórtica calcificada y determinadas cardiopatías congénitas.

Para una correcta profilaxis es necesario tener en cuenta:

- Cardiopatía subyacente.
- Tipo de procedimiento a realizar

En las últimas recomendaciones propuestas por la *American Heart Association* y el *National Institute for Health and Clinical Excellence* de Gran Bretaña, y recogidas en las recomendaciones de la Sociedad Española de Cardiología en el 2009, el número de cardiopatías que precisan profilaxis antibiótica quedan reducidas a:

- Valvulopatías cardíacas adquiridas con estenosis o insuficiencia.
- Reemplazo valvular.

- Cardiopatía congénita estructural (incluidos trastornos estructurales quirúrgicamente corregidos o paliados), excepto un defecto único en el tabique interauricular, una comunicación interventricular completamente reparada o un conducto arterial persistente reparado por completo y dispositivos de cierre que se consideren endotelizados.

- Endocarditis infecciosa previa.

- Miocardiopatía hipertrófica.

Como se ha comentado anteriormente, no sólo es necesario seleccionar en qué cardiopatía debe realizarse la profilaxis, sino también qué procedimientos pueden producir una bacteriemia transitoria potencialmente causante de EI<sup>23</sup>. Estas recomendaciones también han sido reducidas en las últimas guías<sup>24</sup>, de forma que no se recomienda en pacientes sometidos a procedimientos dentales excepto en aquellos en los que se precise manipulación del tejido gingival, de la región periapical o perforación de la mucosa oral.

En algunos casos también estará indicada la profilaxis posquirúrgica. Para ello, debe haber un riesgo de infección superior al 10 %. La cirugía bucal no complicada tiene un riesgo bajo de infección aunque clásicamente se admite que éste aumenta si se alarga el tiempo de intervención, si la cirugía es traumática, si ha habido una infección previa, si se coloca un material extraño o bien si el propio paciente presenta algún tipo de trastorno de la inmunidad.

#### Referencias bibliográficas

1. van Winkelhoff AJ, Herrera D, Oteo A, Sanz M. Antimicrobial profiles of periodontal pathogens isolated from periodontitis patients in The Netherlands and Spain. *J Clin Periodontol.* 2005 Aug;32(8):893-8.

2. Brescó-Salinas M, Costa-Riu N, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Antibiotic susceptibility of the bacteria causing odontogenic infections. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006;11:70-5.
3. Bascones Martínez A, Aguirre Urizar JM, Bermejo Fenoll A, et al. Documento de consenso sobre el tratamiento antimicrobiano de las infecciones bacterianas odontogénicas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2004;9:363-9.
4. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Oct 8;(4):CD003813. Antibiotics for the prophylaxis of bacterial endocarditis in dentistry.
5. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jul 7;(7):CD004152. Interventions for replacing missing teeth: antibiotics at dental implant placement to prevent complications.
6. Sancho-Puchades M, Herráez-Vilas JM, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Antibiotic prophylaxis to prevent local infection in Oral Surgery: use or abuse? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009;14:28-33.
7. Valle Rodríguez JL, Gómez-Luscentellas ML, Prieto-Prieto J, Liébana Ureña J. Composición y ecología de la microbiota oral. *Microbiología Oral*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1995. p. 402-7.
8. Espejo M, Gutiérrez L, Herrera J. Análisis de la prescripción antibiótica en una farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp*. 2000;2:411-9.
9. Rodríguez-Alonso E, Rodríguez-Monje MT. Tratamiento antibiótico de la infección odontogénica. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2009;33:67-79. Disponible en: [http://www.msps.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/infMedic/docs/vol33\\_3TratAntibInfecOdont.pdf](http://www.msps.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol33_3TratAntibInfecOdont.pdf)
10. Maestre JR. Infecciones bacterianas mixtas de la cavidad oral. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2002;20:98-101.
11. Cianco SG. Antiseptics and antibiotics as chemotherapeutic agents for periodontitis management. *Compend Contin Educ Dent*. 2000;21:59-62.
12. Liñares J, Martín-Herrero JE. Bases farmacomicrobiológicas del tratamiento antibiótico de las enfermedades periodontales y periimplantarias. *Av Periodon Implanto*. 2003;15(3):139-47.
13. Matesanz P, Figuero E, Giménez MJ, et al. Del conocimiento de la etiología bacteriana al tratamiento y prevención de las infecciones más prevalentes en la comunidad: Las infecciones odontogénicas. *Rev Esp Quimioterapia*. 2005;18:136-45.
14. Maestre JR, Bascones A, Sánchez P, et al. Enfermedad periodontal, odontopatógenos y perfil de resistencia a los antibióticos habitualmente utilizados como tratamiento o profilaxis en odontología en España. *Rev Esp Quimioterapia*. 2007;20(1):61-7.
15. Granizo JJ, Giménez MJ, Bascones A, Aguilar L. Impacto ecológico del tratamiento antibiótico de las infecciones odontológicas. *Rev Esp Quimioterapia*. 2006;19:14-20.
16. Kuriyama T, Williams DW, Yanagisawa M, et al. Antimicrobial susceptibility of 800 anaerobic isolates from patients with dentoalveolar infection to 13 oral antibiotics. *Oral Microbiol Immunol*. 2007 Aug;22(4):285-8.
17. Poveda-Roda R, Bagán JV, Sanchis-Bielsa JM, Carbonell-Pastor E. Antibiotic use in dental practice. A review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007;12:E186-92.
18. Gutiérrez JL, Bagan JV, Bascones A, et al. Documento de consenso sobre la utilización de profilaxis antibiótica en cirugía y procedimientos dentales. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006;11:E188-205.
19. Sancho-Puchades M, Herráez-Vilas JM, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Analysis of the antibiotic prophylaxis prescribed by Spanish Oral Surgeons. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009 Oct 1;14(10):e533-7.
20. de Oliveira C. Toothbrushing, inflammation, and risk of cardiovascular disease: results from Scottish Health Survey. *BMJ*. 2010;340:c2451.
21. Berini L, Gay C. Patología infecciosa en odonto-estomatología. Infección odontogénica. Barcelona: Ed. MCR. 1994.
22. Tomás Carmona I, Diz Dios P, Scully C. Efficacy of antibiotic prophylactic regimens for the prevention of bacterial endocarditis of oral origin. *J Dent Res*. 2007;86(12):1142-59.
23. Bascones-Martínez A, Muñoz-Corcuera M, Meurman JH. Odontogenic infections in the etiology of infective endocarditis. *Cardiovasc Hematol Disord Drug Targets*. 2009;9(4):231-5.
24. Robles Raya P, de Frutos Echaniz E, et al. Manual de enfermedades infecciosas en Atención Primaria. Cap 12. Profilaxis. 3ª edición. Barcelona: semFYC ediciones, 2010.

### DEBATE 3

## Conflictos en la consulta: ¿buscamos soluciones éticas o respuestas legales?

Jueves, 9 de junio / 12.00-13.00 h

Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Mozart

#### Moderadora:

**Soledad Holgado Catalán**

*Médico de familia. CS Monte-Rozas. Las Rozas, Madrid. Máster en Bioética. Miembro del GdT Bioética de la semFYC y del GdT Lex Artis de la SoMaMFyC.*

#### Ponentes y contenido:

1. La ética es el motor del comportamiento profesional

**Rogelio Altisent Trota**

*Médico de familia. CS Actur Sur. Zaragoza. Coordinador del GdT Bioética de la semFYC. Coordinador del Grupo de Investigación de Bioética. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.*

2. Derecho y Bioética en el ámbito sanitario.

El punto de vista del Derecho

**Fernando León Vázquez**

*Médico de familia. CS San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón, Madrid. Miembro del GdT Enfermedades Reumatológicas de la semFYC. Coordinador del GdT Lex Artis de la SoMaMFyC.*

#### Resumen

En las últimas décadas hemos vivido cambios profundos en la sociedad que han afectado a nuestra profesión. La figura del médico se ha visto desvirtuada y su profesionalidad parece medirse sólo a partir de la formación científico-técnica que posee olvidando que hay otros valores como el compromiso con sus pacientes, la autoexigencia, la colaboración con otros profesionales sanitarios o el espíritu de servicio y liderazgo que le hacen buscar la excelencia. La relación clínica se ha visto enriquecida al otorgar la Ley una serie de derechos a los pacientes que les permiten, entre otros, participar en la toma de decisiones sanitarias y el médico ha dejado de tener la casi total impunidad jurídica de la que gozó durante siglos. Por contra, la judicialización progresiva de la medicina y el temor a la denuncia pueden llevar al ejercicio de una medicina defensiva o a la búsqueda de un cierto grado de seguridad al confiar únicamente en el Derecho la toma de decisiones en situaciones delicadas cuando no siempre esta situación puede estar contemplada en la Ley, de un análisis ético podría haberse llegado a otro curso de acción más adecuado o incluso podría haber un choque entre lo Justo conforme al Derecho y lo éticamente adecuado.

## La ética es el motor del comportamiento profesional

R. Altisent Trota

Este debate es muy conveniente porque el protagonismo que la normativa legal ha adquirido en el seno de la atención sanitaria ha sumido en la perplejidad a bastantes médicos. Voy a defender la tesis de que la ética debe ser el motor del comportamiento profesional frente al derecho normativo.

A la hora de orientar nuestro comportamiento profesional, tradicionalmente nos habíamos preguntado: ¿qué está bien?, o, ¿qué está mal?, en otras palabras, ¿qué me dice la ética? Hoy día, en la práctica, muchos se preguntan: ¿qué me dice la ley?

En este cambio de sintonía subyacen algunos malentendidos conceptuales que merece la pena explorar. Ética y Derecho van en la misma dirección, pero se mueven en planos diferentes. Entender bien esto es decisivo para evitar el deslizamiento hacia la trampa que me atrevería a denominar como las arenas movedizas de la medicina defensiva, que puede constituir una auténtica enfermedad moral profesional que se debe prevenir adecuadamente.

Es erróneo pensar que se puede ejercer una buena medicina mirando el Boletín Oficial del Estado (BOE), perdiendo de vista que el motor de la vida de las personas, y también de la profesión médica, es la ética. Sería algo así como confiar en que el Reglamento de fútbol puede garantizar una Liga de calidad, lo cual en realidad depende de que haya buenos jugadores, que «se dejan la piel» en el campo de juego en un equipo que sale a ganar. El Reglamento hace que el Real Madrid y el Rayo Vallecano se sometan a las mismas normas sin privilegios. En jugadas conflictivas y discutidas incluso con la moviola podremos discutir a posteriori si se acertó al anular el gol, pero el fuera de juego es el mismo para todos. Aceptamos que el Reglamento es necesario, pero como garantía última para evitar abusos, sin perder de vista que los goles los meten equipos con jugadores que se esfuerzan por dar lo mejor de sí mismos.

Mientras la ética se interroga sobre el juicio moral de una determinada conducta –esto está bien o mal–, la norma legal o administrativa se ocupa de analizar el mismo hecho desde otra perspectiva, la de regular los derechos de los miembros de una sociedad y garantizar una convivencia pacífica, segura y equitativa llegando a la sanción si fuera necesario para que el más fuerte o el más astuto no abuse del débil.

Es importante señalar que ética y norma legal caminan en la misma dirección, pero con objetivos y lógica diferentes. La norma legal debe tener un fundamento ético, pero no tiene como objetivo que el ciudadano sea virtuoso –la vida buena en términos filosóficos–, sino que en la sociedad haya garantías para que al ciudadano no se le impida e incluso se le ayude a desarrollar sus ideales.

Entender que hablamos de dos planos diferentes permite explicar que haya comportamientos que consideremos éticamente reprochables sobre los que la ley no se pronuncia necesariamente, y que, cuando lo hace, aplique una lógica diferente de la que utiliza la ética. Un ejemplo: aceptamos que la mentira es inmoral, pero el Derecho no se pronuncia sobre una mentira a no ser que perjudique probadamente los derechos de alguien, como ocurre en un caso de fraude; está claro que una cosa es buscar el bien personal (ética) y otra diferente es perseguir el bien social (Derecho). Dicho en otras palabras, lo que puede ser relevante o grave para la ética, no ha de ser necesariamente regulado, por esta única razón, por el Derecho. Podemos decir que, en el ámbito de la ética, respondemos ante nuestra conciencia, mientras que en el campo de la ley respondemos ante la autoridad o el juez.

La Ley de Autonomía del Paciente (vigente en España desde mayo de 2003), establece que el paciente tiene el derecho de acceder a la información que contiene su historia clínica, con dos excepciones teóricamente muy concretas: *a)* la información que atañe a terceras personas, y *b)* las observaciones subjetivas que el profesional desea mantener reservadas. Esta norma intenta abordar y resolver una cuestión ética ya muy trillada en el campo académico de la bioética. La autonomía de la persona fundamenta el derecho a disponer de la información de su historia clínica, pero este derecho tiene unos límites que están definidos por el derecho a la confidencialidad de otras personas que de algún modo se vean involucradas, por ejemplo, porque hayan podido aportar datos relevantes para la asistencia del paciente. También puede ser el propio médico, autor de la historia clínica, quien desee mantener reservadas algunas de sus observaciones escritas, en la medida que haya una justificación para ello. A partir de esta norma jurídica que regula la documentación clínica, puede surgir la tentación legalista de quien no haya asumido un adecuado compromiso ético en su profesión, que le llevaría a la elaboración de unas historias clínicas empobrecidas intelectual y humanamente, movido por una instintiva tendencia a cumplir la ley pero evitando complicaciones ante un eventual acceso de los pacientes a su contenido. La extensión de esta actitud supondría la muerte lenta de la historia clínica tradicional, que se acabaría convirtiendo en una colección de datos analíticos y resultados cuantitativos (cifras de presión arterial, informes de pruebas complementarias, etc.) sin el matiz de la descripción, el relato y la interpretación de lo que acontece con la salud de aquel paciente que se acerca confiado a su médico o a su enfermera. Se dejarían de anotar informaciones procedentes de un familiar que tantas veces son decisivas para cuidar la salud del enfermo, o se renunciaría a escribir una valoración que puede molestar al paciente, pero que es muy significativa para la calidad de la asistencia.

Ésta es la trampa: la medicina defensiva que pone la prioridad en la defensa de los intereses del profesional por encima del bien del paciente. Así lo define el Código de Ética y Deontología Médica en su artículo 18.2: «El médico no debe indicar exploraciones o tratamientos que no tienen otro fin que su protección. La medicina defensiva es contraria a la ética médica». Lo cual no significa que se deje de actuar con prudencia y preventivamente ante una potencial reclamación legal, pero siempre manteniendo en primera línea el beneficio del paciente.

Para completar este mapa conceptual todavía nos falta colocar la deontología y la bioética, motivo frecuente de confusión y falsas controversias. La deontología viene definida por el conjunto de normas que una corporación se autoimpone, estableciendo un nivel de exigencia superior a la ley, pero necesario para delimitar unos mínimos exigibles de lo que la sociedad puede esperar del buen profesional. Se sitúa por tanto en el intermedio de la senda que camina entre la ética y el derecho.

Por último la bioética, es la disciplina académica que estudia y analiza, con metodología filosófica, los aspectos éticos de las ciencias de la vida y de la salud, siendo objeto de aprendizaje, investigación y de aplicación práctica tanto en el ámbito de la ética, de la deontología como del derecho.

---

Derecho y Bioética en el ámbito sanitario.

El punto de vista del Derecho

F. León Vázquez

Entre las definiciones existentes de «justicia», una de las más simples, clásicas (procede del *Corpus Iuris Civilis* roma-

no) y que se aproxima al ámbito de lo concreto es entender que la justicia es la «constante y permanente voluntad de dar a cada uno lo suyo». Y el Derecho no tiene otro objeto que perseguir la justicia: es su razón de ser, por tanto, el otorgar cuanto le corresponde a cada cual en función de la razón que le asiste en cada caso. El Derecho Sanitario será la aplicación del principio del «reparto justo» al ámbito de las relaciones asistenciales de salud. Se ajustará, por tanto, a Derecho la relación asistencial que provea de la adecuada atención al paciente, tanto en el trato humano como en la aplicación de los medios adecuados para obtener su curación, y que reconozca al usuario sus facultades y le permita desarrollarlas, como la capacidad para decidir sobre su propia salud o el acceso a la información asistencial, dentro de unos límites establecidos. También será «justa» la relación que posibilite al profesional el desarrollo de su actividad curativa dentro de los márgenes de incertidumbre propios de nuestra ciencia, y a la institución donde esta relación se verifica la posibilidad de adecuar la atención a la necesidad de cada caso.

La Bioética, en lo que nos interesa aquí, es la rama de la ética implicada en dar la mejor de las respuestas posibles a un conflicto moral entre diferentes valores dignos de protección en el ámbito de las ciencias de la vida y el cuidado asistencial de salud, dentro de una serie de opciones posibles, y conforme a un método preestablecido.

Así definidos, el Derecho no puede discrepar de la Bioética en un marco conceptual. En ambos espacios se respeta el del otro, ambas disciplinas deben ir a la par. Así, en los comités de ética no falta un licenciado en Derecho, que pueda señalar los límites que establece la ley. Y los parlamentarios hacen bien al fundamentar sus decisiones legislativas sobre fundamentos y declaraciones de Bioética.

Sin embargo, al «descender» de la idea abstracta al caso concreto nos encontramos con situaciones en que hay un choque entre «lo justo» conforme al Derecho y «lo ético» conforme a la norma moral. A veces los comités de ética asistencial llegan a conclusiones dispares con las emitidas por un abogado especializado en la materia, o con las pronunciadas por un colegio profesional. ¿Cuál debería ser entonces la decisión a adoptar? Estas disfunciones indican o bien que la ley está mal hecha, o bien que las conclusiones éticas o deontológicas han sido mal deducidas.

En mi opinión, la Ley debe existir para dar un cierto grado de seguridad a los profesionales y a los usuarios sobre cuáles son sus derechos y deberes. Sin embargo, un excesivo desarrollo normativo es indeseable a la par que inútil; ya que ni es posible prever todas las posibles situaciones asistenciales, ni tampoco todos los matices que se pueden verificar en un caso. La norma debe establecer cuál será el marco general, y lo debe hacer desde un respeto a los valores de la sociedad de la que emana, lo cual no es sino la conformidad con los principios de la Bioética. El método deliberativo que emplea la Bioética permite una mayor adaptabilidad de las decisiones a la situación concreta, en aquellas situaciones fronterizas. A partir de aquí, la casuística deberá ser resuelta en la especial relación médico-paciente que se genera en cada encuentro, sin olvidar a otros actores implicados: la familia del paciente, los terceros implicados, la institución sanitaria o el conjunto de la sociedad. Y cuando se generen dudas o discrepancias, resolverlas a través de comités independientes, con representación de todas las partes implicadas, que busquen, sin abandonar el marco legal general, la mejor solución al caso concreto desde la Bioética.

Para ilustrar esta disparidad ocasional de criterio se puede mencionar algún caso de la práctica.

- El hijo de un paciente con un deterioro cognitivo nos pide un informe clínico para poder ingresar a su padre en un centro. La respuesta legal nos exige que la información clínica sea solicitada por el paciente no incapacitado judicialmente; la respuesta ética permite aportar ese informe en beneficio de la salud del enfermo.
- Una chica de 17 años quiere abortar. Para el Derecho basta con que su edad supere los 16 años para dar validez a su decisión individual, la Bioética exigirá un nivel de madurez y competencia emocional.
- Un hombre quiere un certificado que excluya el dato de su enfermedad infectocontagiosa, que no afecta a su capacidad ni pone en riesgo a terceros en su ámbito laboral, pues teme que al aportarlo le rechacen para el puesto de trabajo. La respuesta legal impide emitir un certificado incompleto a sabiendas, al tiempo que castigaría al empresario que discriminase por razones de salud ajenas al trabajo. Una respuesta éticamente válida podría ponderar el daño que se ocasiona por divulgar una información privada a alguien ajeno a ella, y considerar la posibilidad de emitir el certificado truncado.

Muchas son las situaciones que podríamos enunciar. Pero la casuística extrema no puede hacernos olvidar que, en la gran mayoría de ocasiones ordinarias, la respuesta legal y ética van de la mano.

#### Bibliografía

Bermejo Fernández F, Sanjuanbenito Aguirre L. Ética y atención primaria. Madrid: Agencia Laín Entralgo, 2008.

#### DEBATE 4

### ¿Qué recursos de MBE deben ser facilitados desde los servicios de salud al médico de familia?

Jueves, 9 de junio / 17.30-18.30 h

Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Mozart

#### Moderador:

**Rafael Rotaecche del Campo**

*Médico de familia. Coordinador del GdT Medicina basada en la Evidencia (MBE) de la semFYC.*

#### Ponentes y contenido:

1. ¿Es factible una biblioteca virtual del Sistema Nacional de Salud?

**Verónica Juan Quilis**

*Médico de familia. Doctora en Medicina. Directora de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz (BV-SSPA).*

*Profesora asociada de Documentación Científica en la Universidad de Alicante. Coordinadora de la Comisión para la propuesta de una Biblioteca Virtual en Ciencias de la Salud del SNS.*

2. Evaluación de recursos bibliográficos basados en la evidencia en la práctica clínica en Atención Primaria

**Juan Antonio Sánchez Sánchez**

*Médico de familia. Doctor en Medicina. Coordinador del Grupo de Medicina basada en la Evidencia de la SMUMFYC.*

*Miembro del GdT Medicina basada en la Evidencia de la semFYC, y del Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Responsable del servicio de preguntas clínicas PREVID.*

### 3. ¿Cómo deberían ser los recursos informacionales en una consulta de Atención Primaria?

Rafael Bravo Toledo

Médico de familia. CS Sector III. Getafe (Madrid). Máster en Información y Documentación. Autor del blog sanitario «*Primum non Nocere*».

#### Introducción

El objetivo de esta mesa es describir los recursos basados en la evidencia a los que tienen acceso los médicos de familia del sistema sanitario público en las diferentes comunidades autónomas y priorizar los que deberían ser facilitados por los responsables sanitarios de forma preferente y homogénea.

Para facilitar el debate se expondrán los resultados de la investigación llevada a cabo por el grupo de trabajo de MBE de la semFYC durante el 2009. Un total de 19 recursos basados en la evidencia, orientados a resolver las dudas durante la consulta, fueron evaluados desde el punto de vista de la calidad formal y contrastando la información que aportaban a 100 preguntas formuladas por médicos de familia.

Así mismo, se aportará un informe descriptivo de los recursos accesibles desde las diferentes bibliotecas virtuales de los servicios de salud y una propuesta de criterios que deben reunir los recursos para ser considerados válidos y eficientes. El debate permitirá a la semFYC contar con una lista de recursos, priorizada de acuerdo a criterios de calidad y utilidad, y debatida en un congreso, a los que deba tener acceso el médico de familia para obtener la mejor información posible para tomar las decisiones clínicas. De esta forma se materializa el compromiso adquirido durante las II Jornadas MBE-semFYC celebradas en enero del 2010 en la Universidad Autónoma de Madrid sobre la elaboración de una propuesta de fuentes de información básicas necesarias en Atención Primaria (AP) para trasladarlas a las diferentes autoridades sanitarias autonómicas. El acceso rápido a información de calidad supone un paso imprescindible para garantizar la práctica de la Medicina Basada en la Evidencia y la seguridad del paciente.

#### ¿Es factible una biblioteca virtual del Sistema Nacional de Salud?

V. Juan Quilis

Acceder a información científica de calidad se ha convertido en una necesidad para que los profesionales sanitarios puedan tomar las mejores decisiones en salud.

Sin embargo, la disponibilidad de servicios y recursos de información bibliográfica y documental depende muchas veces de la sensibilidad de los gestores sanitarios y responsables de salud y siempre, de unos recursos económicos que no suelen alcanzar para satisfacer todas las necesidades que los profesionales sanitarios tienen para el desempeño de sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras, o todas ellas.

Al objeto de atender en la medida de lo posible estas necesidades, los gobiernos de algunas comunidades autónomas (CCAA) han puesto en marcha iniciativas conducentes a asegurar que sus profesionales sanitarios puedan acceder a recursos de información de calidad, aprovechando las ventajas que ofrece internet. Estas acciones, que en mayor o menor medida intentan desarrollar las consejerías de Salud de las CCAA, aseguran, por una parte, el acceso a recursos de calidad a sus profesionales, logran así democratizar el acceso a la información, y, por otra, una optimización de los

recursos económicos destinados a tal fin, basada en una economía de escala.

Se han creado así, bibliotecas virtuales en prácticamente todas las CCAA, con distintos niveles de desarrollo en cuanto a accesos y servicios.

La Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía (BV-SSPA) destaca por la gran cantidad de recursos de información bibliográfica de acceso *on-line* que ofrece. Los aproximadamente 100.000 profesionales sanitarios pueden acceder a 2.500 revistas de las más prestigiosas editoriales desde cualquier ordenador con conexión a internet, con un servicio 7 × 24 muy apreciado por los usuarios. La BV-SSPA, que coordina las bibliotecas existentes en los hospitales y centros docentes e investigadores o de gestión dependientes de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, ofrece también otros servicios, como el análisis de la actividad científica del SSPA, para lo que ha desarrollado la aplicación Impactia, o el repositorio institucional, HypatiaSalud, que recoge el conocimiento generado en el sistema y que se encuentra en fase beta.

En la misma línea, la Biblioteca Virtual de Ciències de la Salut de las Illes Balears ofrece a sus usuarios más de 2.000 títulos y numerosos servicios, coordina además las bibliotecas sanitarias presenciales existentes en los hospitales de las Islas Baleares.

En Galicia, su Biblioteca Virtual ha obtenido un elevado nivel de desarrollo, y pone a disposición de los profesionales sanitarios una colección de revistas *on-line* y servicios bibliotecarios también de primera calidad.

Los gobiernos de Asturias, Aragón, Extremadura, Canarias y Cantabria también han creado sus bibliotecas virtuales y están alcanzando distintos niveles de desarrollo. Otras CCAA como Castilla-La Mancha, Castilla y León, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra o el País Vasco coordinan la totalidad o parte de las suscripciones de revistas de manera centralizada.

Independientemente del nivel de desarrollo e implantación, estas iniciativas regionales tienen en común la disposición de un único punto de acceso a la misma información bibliográfica para el desarrollo de la actividad asistencial, docente e investigadora de sus profesionales, y la optimización del gasto en recursos bibliográficos. Estas bibliotecas virtuales son el referente de la gestión del conocimiento dentro de sus sistemas sanitarios.

Con este escenario, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad se plantea la posibilidad de crear una Biblioteca Virtual Nacional que garantice la igualdad de acceso a diversos recursos bibliográficos a todos los profesionales sanitarios, según los principios de cohesión y equidad que rigen en el Sistema Nacional de Salud.

Así, en noviembre de 2007 se constituye la Comisión Nacional de Bibliotecas Virtuales del Sistema Nacional de Salud para desarrollar el proyecto de estudio de viabilidad para la creación de la Biblioteca Virtual del Sistema Nacional de Salud, constituida por un representante de cada una de las CCAA, bajo la coordinación técnica de Andalucía, que deberá elevar al Ministerio, en un plazo de 13 meses, las recomendaciones oportunas, identificando el modelo de BV-SNS.

Se crearon tres grupos de trabajo constituidos por representantes técnicos de las diversas CCAA, que recopilaron y analizaron los datos aportados por las CCAA en relación a los recursos bibliográficos que se estaban adquiriendo en España, así como los servicios que ofrecen las bibliotecas virtuales regionales y los aspectos tecnológicos que las soportan, con el objetivo de conocer la situación nacional. El trabajo quedó concluido en 2009.

## Evaluación de recursos bibliográficos basados en la evidencia en la práctica clínica en Atención Primaria

J.A. Sánchez Sánchez

De las preguntas que surgen durante la consulta del médico de familia, sólo una pequeña proporción son contestadas mediante una búsqueda en fuentes documentales<sup>1-3</sup>. La falta de tiempo y de la habilidad necesaria para buscar en bases de datos bibliográficas, se han señalado como los principales obstáculos que justifican este comportamiento<sup>4,5</sup>.

Contar con recursos que resuman la evidencia, sean accesibles desde internet y permitan una consulta rápida y sencilla, podría modificar esa tendencia. Desde hace años se han desarrollado numerosos productos, algunos a precios de suscripción muy elevados, que tratan de ofrecer al médico la mejor evidencia disponible. Aunque se han realizado evaluaciones de los recursos disponibles<sup>6-10</sup>, la mayoría de ellas se han realizado en el ámbito anglosajón; sin que se disponga en nuestro medio de criterios que permitan discriminar la utilidad para un médico de familia de las diferentes herramientas existentes.

Con el propósito de conocer la utilidad para el médico de familia de estos recursos y, promovido por el grupo de MBE de la semFYC, se diseñó un estudio que ha contado con una ayuda de investigación del ISCIII (PI08/90229) y en el que han participado 25 médicos de familia de diversas comunidades autónomas.

### ¿Qué recursos se evaluaron?

Se seleccionaron, atendiendo a estudios previos<sup>6-10</sup>, a los encontrados tras la búsqueda en Medline, Embase y Google Académico, y a los aportados por el grupo de investigación, 19 recursos. Se incluyeron los que estuvieran accesibles desde internet y ofrecieran información basada en la evidencia (tabla 1).

Tabla 1. Relación de recursos evaluados.

Recursos libres en internet	Recursos de suscripción
• Cochrane Library plus en castellano	• ACP Pier
• CKS (antes Prodigy)	• Best Practice (incluye Clinical evidence)
• DARE	• Clin-eguide(OVID)
• Preguntas semFYC	• Diseasedex (de Micromedex)
• Preguntas Fisterra	• Drugdex (de Micromedex)
• Preguntas PREEVID	• Dynamed
• Tripanswer	• EBM Guidelines
	• Essential Evidence Plus
	• First Consult (Elsevier)
	• Guías Clínicas de Fisterra (Fisterrae)
	• PEPID <i>on-line</i>
	• Uptodate

### ¿En qué consistió la evaluación?

Se realizaron dos tipos de análisis:

- Uno **formal**, de la calidad del recurso, mediante un cuestionario *on-line* estructurado que medía 16 características.
- Otro, de la eficacia de cada recurso. Se contrastó la información existente para un total de 100 preguntas clínicas

formuladas por médicos de familia. El cuestionario *on-line* comprendía 15 variables sobre calidad de la información, tiempo invertido en la búsqueda y utilidad de ésta.

- Ambas valoraciones, formal y de eficacia, fueron realizadas por dos evaluadores de forma independiente.
- El trabajo de campo fue realizado de marzo a septiembre del 2009.

### ¿Cuáles fueron las preguntas?

Se seleccionaron de forma aleatoria cien preguntas de un banco generado en cursos de MBE de la Unidad Docente de MFyC de Murcia (N = 122) y las surgidas del estudio ENIG-MA<sup>1</sup> (N = 93).

### ¿Quiénes evaluaron?

- La evaluación formal fue realizada por cuatro médicos con experiencia en búsquedas documentales.
- La evaluación de la eficacia fue realizada por 25 médicos de familia, con actividad clínica y con experiencia en la búsqueda de información, la mayoría componentes de grupos de trabajo de la semFYC.
- El estudio ha supuesto analizar 4.280 cuestionarios de la información de las preguntas.

### ¿Qué recursos son de mayor utilidad?

Según la evaluación formal:

- Los recursos de **mayor calidad** (consta autoría, fecha de actualización, referencias bibliográficas, alguna clasificación del grado de recomendación, niveles de evidencia, o ambos, son Dynamed, Preguntas clínicas de Fisterra y semFYC, Preevid, Uptodate y ACP Pier.
  - Hubo acuerdo de los dos evaluadores en que **adquirirían este recurso**, en casos de recorte presupuestario, para Dynamed, Best Practice, Uptodate, First Consult y Drugdex.
- De la evaluación de eficacia (responder a las preguntas) resumimos parte de la información en la tabla 2.
- Uptodate, Guías Clínicas de Fisterra y Dynamed serían los recursos que «contestarían» más preguntas (los dos evaluadores están de acuerdo en que con la información obtenida en ese recurso disponen de suficiente información y no proseguirían su búsqueda).
  - Estos mismos tres recursos junto a Essential Evidence Plus son los que los evaluadores consideran que, con mayor frecuencia, hay alguna información de utilidad para cada pregunta.

Al revisar diversas combinaciones de recursos, añadir a los gratuitos, Uptodate y Fisterrae (GC) sería la opción que más preguntas contestaría (el 77 % del total).

### Conclusiones

- Hay gran variabilidad en la interpretación, calidad y eficacia de los diferentes recursos.
- La opción de contar, además de con los gratuitos, con Uptodate y con Fisterra, parece que conseguiría mayor eficacia en la respuesta a las preguntas.
- Los bancos de preguntas en castellano, por facilidad y rapidez de uso, si contaran con un mayor volumen de cuestiones, podrían ser un recurso de gran utilidad.

### Referencias bibliográficas

1. Magrabi F, Coiera EW, Westbrook JI, Gosling AS, Vickland V. General practitioners' use of online evidence during consultations. *Int J Med Inform.* 2005 Jan;74(1):1-12.
2. González González AO, Sánchez Mateos FJ, Sanz Cuesta MT, Riesgo Fuertes R, Escortell Mayor E, Hernández Fernán-

Tabla 2. Información sobre los siete recursos que contestan más preguntas

Recurso	Total de preguntas sobre las que hay alguna información (N=100)	Concordancia (Kappa)	Total de preguntas «contestadas» (N=100)	Preguntas «contestadas» que no son de tratamiento (N=31)
Uptodate	87 %	0,25	50 %	51,6 %
Fisterrae (GC)	64 %	0,39	42 %	48,4 %
Dynamed	72 %	0,43	42 %	38,7 %
Essential E. Plus	70 %	0,27	37 %	45,2 %
Clin-eguide	57 %	0,15	30 %	32,3 %
CKS	44 %	0,32	26 %	29 %
ACP-Pier	57 %	0,32	25 %	29 %

dez T. Estudio de las necesidades de información generadas por los Médicos de Atención Primaria (proyecto ENIGMA). Atención Primaria. 2006;38:219-24.

- Louro González A, Fernández Obanza E, Fernández López E, Vázquez Millán P, Villegas González L, Casariego Vales E. Análisis de las dudas de los médicos de atención primaria. Aten Primaria. 2009 Nov;41(11):592-7.
- Fenton SH, Badgett RG. A comparison of primary care information content in UpToDate and the National Guideline Clearinghouse. J Med Libr Assoc. 2007 Jul;95(3):255-9.
- Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, Chambliss ML, Rosenbaum ME. Answering Physicians' Clinical Questions: Obstacles and Potential solutions. J Am Med Inform Assoc. 2005;12:217-24.
- Campbell R, Ash J. An evaluation of five bedside information products using a user-centered, task-oriented approach. J Med Libr Assoc. 2006 Oct; 94(4):435-41, e206-7.
- Alper BS, White DS, Ge B. Physicians answer more clinical questions and change clinical decisions more often with synthesized evidence: a randomized trial in primary care. Ann Fam Med. 2005 Nov-Dec;3(6):507-13.
- Trumble J et al. A Systematic Evaluation of Evidence Based Medicine Tools for Point-of-Care. SCC/MLA 2006. Disponible en URL: <http://ils.mdacc.tmc.edu/papers.html>
- Westbrook JI, Coiera EW, Gosling AS. Do online information retrieval systems help experienced clinicians answer clinical questions? J Am Med Inform Assoc. 2005;12(3):315-21.
- Carrión Pérez JM, Alvarado Gómez F, Izquierdo Moy J, Quilis V. Evaluación de fuentes de información para la toma de decisiones clínicas. XII Jornadas de Documentación e Información en Ciencias de la Salud. Zaragoza, 24-27 octubre 2007.

¿Cómo deberían ser los recursos informacionales en una consulta de Atención Primaria?

R. Bravo Toledo

*«La mejor manera de predecir el futuro es inventarlo.»*

ALAN KAY

La toma de decisiones en medicina es un proceso complejo, uno de cuyos elementos esenciales es la información utilizada. Pero no basta con tener información, que esté disponible, o tener en cuenta la tríada clásica de datos, información y conocimiento. También hay que considerar la capacidad de utilizarla y en este sentido hay que recoger el concepto de *alfabetización informacional* como la adquisición de aquellas habilidades que permiten reconocer una necesidad de información, buscarla y localizarla, así como evaluarla, utilizarla y aplicarla de manera efectiva. La alfabetización informacional es un atributo o capacidad ligada a la persona y al aprendizaje. Un médico alfabetizado en información es

capaz de localizar la información que necesita, como así también de determinar su relevancia y precisión, y aplicarla en la solución de problemas y en la toma de decisiones. Aunque personal y adquirida en los diferentes períodos de formación, la alfabetización informacional también tiene relación con el diseño y estructura de las fuentes de información. De tal forma que un diseño realista y una adaptación adecuada de los recursos a las necesidades facilitará y animará el uso de estas fuentes y la adquisición de estas capacidades.

Aunque no se ha probado (más bien lo contrario) se intuye que una adecuada gestión de la información debe mejorar los resultados en salud de la población a la que atendemos. Se asume que la información que subyace a esta actividad intelectual moldeará todo el proceso, de forma que una información mala ocasionará casi siempre decisiones inadecuadas y una de buena calidad será condición necesaria, aunque no suficiente, para una decisión correcta.

El mejor uso del conocimiento pasa por tres conceptos claves: característica intrínseca de los recursos de información, utilidad y accesibilidad.

#### Fuentes de información: determinantes de su utilidad

Los médicos de Atención Primaria (AP) se plantean preguntas durante su práctica diaria que traducen en necesidades de información percibida. Según los estudios realizados hasta la fecha, a estas preguntas sólo se les busca respuesta en apenas la mitad de los casos. Los determinantes de realizar o no esta búsqueda son el tiempo disponible, la gravedad o urgencia y la creencia de que existe la respuesta. La barrera más importante es el tiempo y las fuentes utilizadas todavía son las basadas en texto en papel, «humanos», situándose la informática y los ordenadores en último lugar<sup>1,2</sup>. En un artículo ya clásico, Smith<sup>3</sup> repasaba las fuentes de información que utilizaban los médicos de acuerdo con la ecuación de la utilidad de la información en la toma de decisiones de Slawson y Shaughnessy<sup>4</sup> (figura 1) donde se profetizaba que internet 10 años más tarde (el artículo es de 1996) cumpliría con nota alta las tres variables de la ecuación.

$$\text{Utilidad de la información} = \frac{\text{relevancia} \times \text{validez}}{\text{trabajo}}$$

Figura 1. Ecuación de la utilidad de la información de Slawson y Shaughnessy.

La información, para que sea útil y por tanto utilizable, debe cumplir esta ecuación que pone en el denominador el esfuerzo o trabajo necesario para conseguirla. En todos los estudios sobre utilización de fuentes y herramientas, incluso en los más recientes se cumple esta ecuación, que al fin y al cabo es la regla del comportamiento humano de obtener



1. La rapidez es todo  
*Speed Is Everything*
2. Anticiparse a las necesidades y ofrecer la información en tiempo real  
*Anticipate Needs and Deliver in Real Time*
3. Encajarlo en la dinámica de trabajo habitual  
*Fit into the User's Workflow*
4. Las pequeñas cosas pueden originar grandes diferencias  
*Little Things Can Make a Big Difference*
5. Acepte que los médicos resistirán realizar una cosa distinta de la que pensaban  
*Recognize that Physicians Will Strongly Resist*
6. Cambiar la dirección es más fácil que detenerse  
*Changing Direction Is Easier than Stopping*
7. Lo sencillo funciona mejor  
*Simple Interventions Work Best*
8. Solicite información adicional sólo cuando la necesite  
*Ask for Additional Information Only When You Really Need It*
9. Supervise el impacto, consiga información y responda  
*Monitor Impact, Get Feedback, and Respond*
10. Administre y mantenga las bases de conocimiento de los sistemas  
*Manage and Maintain Your Knowledge-based Systems*

Figura 2. Los diez mandamientos de los sistemas eficaces de ayuda para la toma de decisiones.

resultados con la menor cantidad de esfuerzo posible. Años más tarde no se ha cumplido la profecía pero sí se va conformando que cualquier solución informacional pasa necesariamente por las nuevas tecnologías en general y por internet en particular. Pasar por alto este hecho es habitual y es, probablemente, uno de los errores más graves cuando se plantea la creación e implementación de sistemas de información.

#### Accesibilidad

El aumento de información científica necesaria para la toma de decisiones hace difícil la utilización de la información por un profesional que además no ha sido entrenado en la mejor forma de gestionar esta información. La accesibilidad es la palabra clave en el hecho de utilizarla o no hacerlo, y está relacionada con la disponibilidad de recursos de información o accesibilidad física, que esté presente en el puesto y en el momento donde se necesita o accesibilidad funcional, y la capacidad de evaluar su calidad y aplicarla a la práctica o accesibilidad intelectual<sup>5</sup>.

Este triple objetivo de accesibilidad se conforma con factores como el tiempo disponible, la calidad de las fuentes de información y las habilidades del profesional en gestión de la información. La mejor forma de cumplir estos factores es lo que se denomina sistemas de ayuda a la toma de decisiones, estos sistemas engarzados en la historia clínica informatizada, muchos en fase embrionaria, son la herramienta ideal para estrechar la brecha entre conocimiento y práctica médica, proporcionar la información terapéutica necesaria *just in time* y *just in case*. En los últimos años se ha puesto en marcha y estudiado el impacto de los sistemas de ayuda a la toma de decisiones en una amplia variedad de especialidades, aunque estos sistemas han mostrado su bisoñez y, a veces, poca eficacia, se ha descubierto su potencialidad cuando se consideran una serie de elementos y recomendaciones básicas sobre sus características y funciones. Tomamos prestados los mandamientos para un adecuado sistema para la toma de decisiones (figura 2)<sup>4</sup> para esbozar lo que son, a nuestro entender, las principales características en un buen recurso de información en el momento actual.

#### Referencias bibliográficas

1. González-González AI, Sánchez Mateos JF, Sanz Cuesta T, Riesgo Fuertes R, Escortell Mayor E, Hernández Fernández T. Estudio de las necesidades de información generadas por los médicos de Atención Primaria (proyecto ENIGMA). Aten Primaria. 2006;38:219-24.

2. Smith R. What clinical information do doctors need? BMJ. 1996;313:1062-8.
3. Slawson DC, Shaughnessy AF, Bennett JH. Becoming a medical information master: feeling good about not knowing everything. J Fam Pract. 1994;38:505-31.
4. Bates DW, Kuperman GJ, Wang S, Gandhi T, Kittler A, Volk L, et al. Ten commandments for effective clinical decision support: making the practice of evidence-based medicine a reality. J Am Med Inform Assoc. 2003;10:523-30.
5. Bravo R. La gestión del conocimiento en Medicina: a la búsqueda de la información perdida. Anales Sist San Navarra 2002;25(3):255-72.

#### DEBATE 5

### ¿Por qué de repente importa tanto el paciente crónico?

Jueves, 9 de junio / 13.00-14.00 h

Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Mozart

#### Moderadora:

Rosa Magallón Botaya

Médico de familia. CS Arrabal. Zaragoza. Doctora en Medicina.  
Profesora asociada en Ciencias de la Salud.

#### Ponentes y contenido:

1. A contracorriente

Juan José Bilbao Larrañaga

Médico de familia. CS Andoain, Guipúzcoa.

2. Sísifo en Atención Primaria: la atención a crónicos y el eterno retorno

Juan Enrique Cimas Hernando

Médico de familia. CS Contruées. Vega (Gijón). Tutor de UD de MFyC de Asturias. Miembro del GdT Enfermedades Respiratorias de la semFYC.

A contracorriente

J.J. Bilbao Larrañaga

Hace unas fechas en la red, un joven, Julio Bonis, abandona el ejercicio de la Atención Primaria (AP), estoy seguro que con gran dolor, pero no fue comprendido. En fechas similares, un compañero que me enseñó mucho de lo que algo conozco, modelo referente de comportamiento, me notifi-

caba su abandono del ejercicio de la AP, con dolor y decepción, se ha buscado otra forma de sustento, y le sacó un par de años.

Ambos abandonos no los puedo tener por «deserciones», sino por situaciones que, éticamente, resultan inaceptables. En su tiempo, no hace tanto, también consideré tal posibilidad, una oferta de trabajo por 90.000 euracos netos, trabajo en domicilio, autonomía total y compatibilidad con otras labores, me hicieron recordar que tal vez haya guerras indeseables o que tales guerras deben ser contempladas en otros campos de batalla.

La opción por la que opté fue completar mis 35 años de cotización (para lo que me quedan 3) y jubilarme, una vez desprendido de las obligaciones que trabajar para el monopolio me impone, elegir el campo de batalla depende de mí.

Para centrar la cuestión, los trabajadores de Osakidetza estamos siendo acosados por una serie de anuncios que recibimos en nuestro correo de la institución, en los que se nos invita a participar en un congreso que se celebrará en Donosti el mes de mayo (<http://www.osakidetza.euskadi.net>).

(Una vez enterado del evento, el lector prosiga si lo desea.) Pinchesé en «avance de programa» (<http://cronicidad.blog.euskadi.net/congreso2011/>) y se abrirá en enlace que abre el «paraíso» de la sabiduría.

– Lo recibimos día sí, día no, mañana también, es inútil calificarlo de no deseado, persistentemente aparece de nuevo.

– Nos preguntamos si al estar organizado por Osakidetza, computarán las horas de su participación en la deuda que todos los trabajadores hemos desfalcado de la jornada laboral y que en total suma 31 horas por cabellera de currito. Claro que si este congreso vale, los demás por los mismos motivos deberán tener la misma consideración.

– Entre los participantes identifico a casi todos (<http://cronicidad.blog.euskadi.net/congreso2011/participantes/>), los hay que participaron en el informe Abril, los hay que en aquel tiempo fueron detractores de tal informe, hoy todos amigos, como los hay amigos de los que solicitan firma de visado para concertaciones impresentables o hacen la vista gorda a los que se ausentan del curro a horas de jornada laboral para cumplir en la privada la complementación de un concierto. También observo la presencia del personaje al que dije: «eres más facha y más cura que todos los que he conocido». Pero lo realmente curioso es que todos son jefes y cuatro adornos que hacen los coros. Es posible, porque no aprendemos, que el chino no pueda venir, pues por esas fechas acaso su país se encuentre envuelto en tormentas revolucionarias y no le dejen salir.

– No veo posible que con estos nombres sea factible reflotar la AP, ya que en sus currículums hace tiempo que borraron las inconmensurables trabas que pusieron al desarrollo y consecuente venta de la AP.

Ahora, al parecer reciclados, se adueñan de ideas ajenas, se desdican de lo dicho (lo que les gustaba el palabra «factible»), ellos siempre son factibles, las ideas de los demás son para adueñarse de ellas y es que tanto despacho reduce el córtex.

– Un ejemplo práctico de las luces de estos insignes es el nuevo teléfono que todo lo va a resolver, al principio se verá y oiremos hablar de su amplia aceptación y paulatinamente iremos observando que hay población que prefiere no utilizarlo, esto se producirá cuando comiencen a llegar los recibos del teléfono, porque la llamada se le cobra al que la hace y el tiempo de «música inútil» también se paga.

Ya se les dijo que el mantenimiento de las líneas de comunicación en las nuevas tecnologías tenía un coste que aca-

bará seleccionando las poblaciones, pero vale más una medalla que la empatía de ponerse en el lugar del otro.

– Entre los participantes tenemos a los de la contratación con Microsoft por el windows<sup>7</sup>, «el que no anda».

– Estos santos varones y doncellas, te ponen bajo sospecha si te ven colaborar con algún laboratorio, a ellos no se les conoce «conflicto de intereses». Jugosos talones los que llegarán a la organización, para cenitas, *pintxos* y otras jacarandas. He oído decir a mis jefes: «...a ver si vamos a tener que pagar las consumiciones!!!» (la pela es la pela!!!). Si algún compañero por pura vocación a los «crónicos» decide buscarse financiación, debe recurrir, además de a la industria farmacéutica, a industrias auxiliares tipo «Roca», cooperativas de Mondragón, papeleras, material ortoprotésico y el largo etc. que todos intuimos. Por cierto, las ETT también son candidatas porque recibiremos sus visitas cuando se enteren que damos V<sup>o</sup>B<sup>o</sup>, no seríamos los primeros que nos amueblamos toda la casa.

Estoy con Julio Bonis, situado en esta dimensión de cosas los buenos rollitos no tienen sentido, habida cuenta de que desconozco con quién o cómo me voy a ver en los campos de batalla de los juzgados.

Soy un paciente crónico, activado, que conoce el sistema por dentro y sus niveles de corrupción.

Ellos vendrán a vendernos orinales, nosotros les denunciaremos cuando los orinales no cumplan las funciones.

Conozco entre ellos a los que vendieron a la AP con un programa de formación que igualaba los tiempos de estancia de los residentes en los servicios de urgencias y en los centros de salud. Hoy estas promociones formadas en la esquizofrenia no saben bien lo que son, ni conocen con detalle sus funciones.

Entre ellos están los que han burocratizado la AP hasta hacerla tan rígida que resulta inoperativa.

Se ha producido una propaganda inductora de opinión sobre «el crónico», como una maniobra de distracción ilusioante vacía de contenidos y sin presupuesto. Pero que ha definido un mercado de necesidades poblacionales, grupos etarios que deberán adquirir productos no demostrados en su eficiencia.

A la AP, de la que se ha prescindido, le quedan como alternativas o bien una colaboración incondicional o la ignorancia para el crítico que se atreva a cuestionar tales actividades y programas. Todos ellos piramidales y bajo la dependencia hospitalaria organizada como «gerencia única».

Sísifo en Atención Primaria: la atención a crónicos y el eterno retorno

J.E. Cimas Hernando

*«La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.»*

OMS. Declaración de Alma-Ata, 1978.

Casi nadie recuerda ya aquella declaración. Visto en la distancia, nos parece un tanto naif. Y sin embargo, muchos nos la creímos, y trabajamos durante años en esa idea. Poco a poco, sin darnos cuenta, dejamos de ser los chicos y chicas de Alma-Ata y nos convertimos de nuevo en los médicos del ambulatorio, pero ahora en horario completo...

Treinta y tres años después nos sorprende leer cosas como «se revisaron las definiciones existentes en la literatura, especialmente las relacionadas con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se identificaron las siguientes áreas donde se debería intervenir: necesidad de coordinación real entre profesionales; organización de los servicios en relación a la prevención, diagnóstico, tratamiento, autocontrol de la enfermedad por parte del paciente, seguimiento y rehabilitación, satisfacción, eficiencia y costes y el papel de los diferentes profesionales de salud en función de las necesidades reales de los pacientes y complejidad». (Informe de la Reunión de expertos sobre atención integrada de la *American Thoracic Society*, 2009). Treinta y tres años después, nuestros compañeros hospitalarios llegan a Alma-Ata... ¿Qué ha sucedido en ese tiempo que les haya llevado por ese camino que nosotros llevamos toda la vida recorriendo?

#### **El patito feo se vuelve cisne: los pacientes crónicos**

Los pacientes crónicos no han surgido en los últimos años; han estado siempre ahí. No hay que hurgar mucho en el pasado para leer y recordar como nuestros compañeros del hospital no querían saber nada de ellos: pacientes «pesados», policonsultantes, sin tratamiento brillante y grandes consumidores de recursos. Se clamaba por apartarlos de los hospitales (¿recordáis aquellas propuestas insistentes para la creación de «hospitales de crónicos»?). Los hospitales eran para curar, eran el *summum* de la tecnología y la ciencia, con brillantes profesionales que estaban para curar, no para cuidar.

Mientras, ese tipo de pacientes eran «nuestros», de Atención Primaria (AP). Los asumíamos de tal manera que a veces se nos olvidaba que hay más cosas que el protocolo de diabetes y la cartera de servicios. Nuestra enfermería debía ocuparse de su seguimiento principal, y nosotros debíamos actuar ocasionalmente cuando las cosas no fuesen bien...

Por razones bien conocidas, esta idea fue languideciendo. La demanda desbordada, la burocracia asfixiante, la desazón por el abandono a su suerte de la AP por parte de todas las administraciones, han llevado a una progresiva pérdida de identidad y a un alarmante descenso en la calidad de la atención a los pacientes, no sólo crónicos, sino también agudos. Aunque hacemos muchas cosas bien, no estamos respondiendo a las demandas que la sociedad nos plantea, sea por el motivo que sea.

En este contexto, nuestros compañeros del hospital «redescubren» a los pacientes crónicos. Suponen un nuevo filón:

asignación de fondos, creación de «unidades», responsabilidades de «coordinación», trabajo para los residentes...

#### **De puente a puente y me lleva la corriente**

Tal vez por ser el lugar donde se hacen los *by-pass* y están acostumbrados a ello, desde el hospital se propone una atención a pacientes crónicos que «puentea» por completo a la AP. La responsabilidad recaería en tres patas: el propio paciente, el médico hospitalario «gestor de pacientes» y la enfermera de enlace «gestora de crónicos», entre cuyas funciones se señala nada menos que la búsqueda de pacientes en AP (¿?). Las únicas referencias a la AP son para decir que «debe coordinarse». Supongo que nuestro brillante papel se referirá a eso, a hacer coordinadamente los papeles que haya que hacer (recetas, informes, dependencias y demás minucias).

El caso de la enfermera gestora es especialmente llamativo, ya que se propone para ella un perfil que debería haber tenido desde el principio la enfermera del equipo de AP (su objetivo son «personas atendidas en su domicilio o durante un ingreso hospitalario, captadas activamente y que por la complejidad de su proceso requieren de la coordinación con diferentes profesionales y movilización de recursos (gestión de casos), para garantizar una atención integral y continuada en el tiempo, tanto del paciente como de la persona cuidadora»).

Y nosotros, mientras, demasiado ocupados haciendo papeles como para dedicarnos a asumir nuevas y viejas tareas, a responder a las demandas de la población, a plantearnos mejorar la calidad de nuestro trabajo. Asistimos inanes al asalto de nuestro terreno, de lo que nos define: cuidar pacientes. De puente a puente y me dejo llevar por la corriente...

#### **Un problema, una oportunidad**

Llegados a este punto, es imprescindible que los profesionales de AP reivindicamos el liderazgo en este tipo de atención, ya que es nuestro campo primordial, siempre los hemos llevado nosotros y así debe seguir siendo. Debemos felicitarnos del interés que despiertan ahora estos pacientes, y reivindicar que toda la ingente cantidad de recursos que se propone para su atención se destine en gran parte a la AP.

El médico de familia es quien conoce mejor al paciente, y debe ser el eje del sistema de atención al paciente crónico, quien debe coordinar los casos y consultar, manteniendo la responsabilidad, al especialista si es necesario, o coordinar la atención de enfermería y de los servicios sociosanitarios. Pero para ello no basta reivindicar. Debemos asumir nuevos retos para mejorar nuestro trabajo, su calidad y su eficiencia. Hay que hacer más, y hay que hacerlo mejor. De no ser así, la batalla estará perdida.

Y entonces podría ser la última batalla...

# Actualizaciones

## ACTUALIZACIÓN 1

### Nuevas recomendaciones en soporte vital y RCP, ILCOR 2010

Viernes, 10 de junio / 09.30-10.30 h

Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Mozart

#### Moderador:

**Juan Antonio Cordero Torres**

*Médico de familia. UME 1.1 y Servicio de Urgencias en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Miembro del GdT Urgencias y Atención Continuada de la semFYC.*

#### Ponentes y contenido:

#### 1. Principales cambios en SVB/DEA en las nuevas guías ILCOR-ERC 2010

**Javier Pueyo Val**

*Médico de familia. UME de Zaragoza. Miembro del GdT Urgencias y Atención Continuada de la semFYC.*

#### 2. Nuevas guías en resucitación: el proceso hacia las guías ERC 2010

**Antonio Caballero Oliver**

*Médico de familia. Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Miembro del GdT Urgencias y Atención Continuada de la semFYC.*

#### 3. Principales cambios en SVA en las nuevas guías ILCOR 2010 y su repercusión en nuestra práctica clínica

**Jesús Arroyo Fernández de Aguilar**

*Médico de familia. UME 1.1 de Badajoz. Miembro del GdT Urgencias y Atención Continuada de la semFYC. Coordinador del Programa ESVAP en Extremadura.*

#### Introducción

**J.A. Cordero Torres**

El 18 de octubre de 2010 se publican, simultáneamente en todo el mundo, las Nuevas RCP del *International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)*.

Durante 5 años se ha seguido un riguroso y exhaustivo proceso de revisión de la literatura científica en la que han intervenido numerosos expertos. En esta mesa tenemos el privilegio de contar con uno de ellos que disertará sobre cómo se ha realizado este trabajo.

Los cambios producidos por estas recomendaciones en soporte vital básico (SVB) y desfibriladores externos automáticos (DEA) han de tener una repercusión inmediata en el manejo de la parada cardíaca por parte de los centros de emergencia que reciben las llamadas, en la formación de los ciudadanos como primeros intervinientes y en la toma de decisiones a la hora de instalar DEA en lugares públicos.

En soporte vital avanzado (SVA) también se han producido una serie de modificaciones que, sin duda, van a repercutir en nuestra práctica clínica y en la dotación de material en nuestros centros de salud y consultorios. Para hablarnos de estas dos cuestiones contamos con la presencia de otros dos médicos de familia, también miembros del grupo de urgencias que han participado como consultores-traductores en el resumen ejecutivo de las recomendaciones.

### Principales cambios en SVB/DEA en las nuevas guías ILCOR-ERC 2010

**J. Pueyo Val**

Tras recopilar y analizar toda la evidencia científica recogida a nivel mundial, el 18 de octubre de 2010 se publicaron las nuevas Guías para la Resucitación 2010. En estas nuevas recomendaciones se recogen los cambios producidos en las maniobras de soporte vital básico (SVB), y en el uso y manejo de los desfibriladores semiautomáticos, DEA.

En estas nuevas guías se potencia la labor de los servicios y operadores de emergencias a la hora de guiar y conducir una posible situación de parada cardiorrespiratoria, resaltando la búsqueda de signos que denoten su presencia y poder guiar al alertante en las primeras maniobras a realizar.

En el capítulo dedicado al soporte vital básico se sigue recomendando el mismo algoritmo que en las recomendaciones del 2005, comenzando con 30 compresiones alternando con 2 ventilaciones cada 2 minutos o 5 ciclos de esta serie. Se vuelve a recordar la imprecisión de tomar el pulso para determinar la presencia de una parada cardíaca.

Se siguen priorizando las compresiones sobre las ventilaciones, pero se insiste también en la cantidad de aire suficiente para elevar el pecho en alrededor de 1 segundo por insuflación, tanto si se administra mediante boca a boca o con bolsa mascarilla. Por otro lado, se enfatiza en poder aplicar compresiones torácicas de alta calidad, tanto si es personal entrenado como si no lo es, incidiendo en número, 100 por minuto, profundidad, al menos de 5 cm, y localización de las mismas, en el centro del pecho, introduciendo la posibilidad de realizarlas en ausencia de ventilaciones intercaladas, con la misma cadencia que en las recomendaciones pasadas, en determinadas situaciones (negación a administrar ventilaciones por parte del reanimador, mala calidad de éstas, etc.). En este sentido, se sigue insistiendo aún más en la disminución de las interrupciones en las mismas y en que dar sólo compresiones es mejor que no hacer nada.

Por primera vez se valoran positivamente los dispositivos de ayuda a la reanimación, introduciéndolos tanto como fuente de retroalimentación inmediata, durante las mismas maniobras de reanimación, como posteriormente, para alcanzar una mejor calidad en la asistencia en las situaciones de parada cardiorrespiratoria.

El tiempo invertido para realizar una descarga eléctrica de un ritmo desfibrilable (reconocido por el DEA) debe ser el menor posible, por lo que se recomienda continuar con las compresiones hasta que el DEA esté completamente cargado, y continuar inmediatamente con las mismas una vez realizada la descarga sin comprobar el pulso ni la calidad del ritmo eléctrico. Se confirma la eficacia y seguridad del uso del DEA en niños mayores de 1 año, y los escasos riesgos por parte del reanimador si se mantienen las medidas básicas de seguridad.

Otro de los cambios introducidos con respecto a las Recomendaciones del 2005 aconseja administrar la descarga eléctrica en cuanto se pueda, si ésta está indicada, sin realizar un periodo de compresiones torácicas previo. Por otro lado, no sólo no cambia con respecto a las recomendaciones previas, sino que se hace mayor hincapié en el hecho de recomendar disponer de DEA en determinadas áreas.

La difusión, enseñanza y aprendizaje de las maniobras es otro de los capítulos que toma importancia por sí solo: además de los dispositivos de ayuda a la RCP, se enfatiza la necesidad de evaluar la enseñanza impartida, que toda la población pueda aprender las maniobras básicas de SVB, los métodos de autoaprendizaje, la necesidad de valorar el

aprendizaje en 3 a 6 meses y las habilidades no técnicas como el liderazgo y el trabajo en equipo.

En resumen, los principales cambios de las Guías de Resucitación 2010 en materia de Soporte Vital Básico y Desfibrilación Semiautomática hacen hincapié en la necesidad de enseñar a reconocer los signos de una parada cardiorrespiratoria por parte de toda la población, a realizar unas maniobras de calidad, preferentemente compresiones y ventilaciones, priorizando las compresiones, y a utilizar el DEA como elemento seguro y eficaz.

### Bibliografía

- Consejo Español de RCP. Disponible en: <http://www.cercp.es/>  
Deakin CD, Nolan JP, Soar J, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. October 2010. p. 1219-76.
- Deakin CD, Nolan JP, Soar J, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 9. Principles of education in Resuscitation. October 2010. p. 1434-44.
- Spanish Guidelines – Executive Summary (Spanish translation of the Executive Summary of the ERC 2010 Resuscitation Guidelines). Disponible en: <https://www.erc.edu/index.php/doclibrary/en/230/1/>

## Nuevas guías en resucitación: el proceso hacia las guías ERC 2010

A. Caballero Oliver

### El *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR)

El ILCOR fue fundado en 1992 por la *American Heart Association* (AHA), el *Australian and New Zealand Council on Resuscitation*, el *European Resuscitation Council* (ERC), la *Heart and Stroke Foundation of Canada*, la *InterAmerican Heart Foundation* y el *Resuscitation Council of Southern Africa*. A ellos se les une, en 2006, el *Resuscitation Council of Asia*.

Entre sus objetivos<sup>1</sup>, el ILCOR contempla «desarrollar guías internacionales de resucitación basadas en la ciencia». Es por ello que, en colaboración con la AHA, sacó a la luz las primeras *Guías Internacionales de RCP*<sup>2</sup> en el año 2000 y llevó a cabo el *International Consensus on CPR and ECC Science with Treatment Recommendations*<sup>3</sup> en el año 2005.

### Revisión de la evidencia científica publicada sobre RCP

En 2010, el ILCOR ha promovido, de nuevo, un proceso de revisión de la literatura científica publicada sobre RCP. Para ello, seleccionó a 356 expertos de todo el mundo, constituyó seis grupos de trabajo (*task force*): *Basic Life Support*, *Advanced Life Support*, *Pediatric Life Support*, *Neonatal Life Support*, *Education, Implementation and Teams* y *Acute Coronary Syndrome/Myocardial Infarction* y definió 277 preguntas clínicas (*topics*) a revisar en la literatura.

Las preguntas planteadas se configuran siguiendo la metodología PICO: *Population, Intervention, Control, Outcome*. Y para responderlas, se confecciona una hoja de trabajo (*worksheet*) en la que el autor (por lo general dos para cada cuestión) resume la literatura (a favor, en contra o neutra respecto a la intervención analizada), reseña su calidad y el nivel de evidencia que se desprende y hace las recomendaciones de tratamiento que entiende oportunas a luz de todo ello. Cada *worksheet* constituye, pues, un documento, de variable extensión (de 5 a más de 50 páginas), que recoge toda la información relevante sobre la pregunta planteada.

Se dispuso así de 411 *worksheets*, que se pusieron a disposición de la comunidad científica, antes de la Conferencia

ILCOR 2010, en las páginas web del ILCOR<sup>1</sup> y de la AHA, permitiéndose los comentarios sobre ellas.

### La conferencia ILCOR 2010

La ILCOR 2010 *International Consensus Conference on Cardio-pulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations* se celebró, del 1 al 6 de febrero de 2010, en Dallas (EE. UU.).

El autor de este texto, en su calidad entonces de presidente del Consejo Español de RCP (CERCP), tuvo el honor de representarlo en la conferencia.

En la misma participaron 313 expertos de 30 países de todo el mundo –autores de *worksheets* y otros–, que intervinieron en un proceso de consenso que considera «toda la evidencia científica relevante» pero también «las opiniones individuales»<sup>4</sup>.

Con una estricta política de conflicto de intereses (COI), se celebraron Sesiones Plenarias (*Plenary Sessions*), en las que se presentaban temas de interés general, y Sesiones de Discusión de Grupos de Trabajo (*Task Force Breakout Sessions*), dedicadas a temas adicionales específicos de cada grupo<sup>5</sup>. Los temas elegidos eran presentados por uno o dos oradores (siempre con su COI expuesto en una pantalla de la sala), que terminaban formulando un consenso de la ciencia (*consensus on science*) y una recomendación de tratamiento (*treatment recommendations*). Luego, se abría el debate, y quien lo deseaba, identificándose por su número de COI, hacía los comentarios que estimaba oportunos. De cada intervención, alguien de la mesa tomaba nota y, en función de lo discutido, se formulaba la declaración (*statement*) final.

El penúltimo día de la conferencia se dedicó a reuniones, ya a puerta cerrada, de los grupos redactores del consenso (*Writing Groups*).

El resultado de todo ello constituye la base del *ILCOR Consensus on Science and Treatment Recommendations* (Consenso del ILCOR sobre la Ciencia y Recomendaciones Terapéuticas) –CoSTR–, que se ha publicado en las revistas *Resuscitation* y *Circulation* el 18 de octubre de 2010 y que ha proporcionado a los miembros del ILCOR la ciencia en la que basar sus guías de RCP.

### Las guías de resucitación ERC 2010

De forma simultánea a la redacción del CoSTR, los grupos redactores del ERC fueron definiendo las nuevas Guías de RCP de 2010.

El autor de este texto fue invitado a participar en el grupo redactor del capítulo de SVB (Sección 2 de las Guías ERC 2010).

El primer borrador del mencionado capítulo, junto con el borrador disponible en ese momento del CoSTR, fue distribuido entre los autores invitados a su redacción el día 5 de abril de 2010. Tras diversos intercambios de borradores, abierto siempre a las aportaciones de cada miembro del grupo, y tras una multiconferencia telefónica de todos ellos celebrada el 17 de mayo, se cerró la versión final el 21 de junio<sup>6</sup>, que, junto al resto de capítulos, se presentaron al Comité Ejecutivo del ERC en su reunión de Bruselas del día 8 de julio y constituyen las Guías ERC 2010 publicadas el 18 de octubre en la revista *Resuscitation*.

Éste es el proceso que transforma el consenso internacional sobre la ciencia de la RCP, promovido por el ILCOR, en unas guías de resucitación para el continente europeo, elaboradas por el ERC, que el Consejo Español de RCP está poniendo a disposición de quienes en nuestro país se preocupan por elevar la supervivencia en las víctimas de muerte súbita cardíaca.

## Referencias bibliográficas

1. Página web de ILCOR: [www.ilcor.org](http://www.ilcor.org) (consultado 7 de marzo de 2011).
2. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. An International Consensus on Science. *Circulation*. 2000;102:1-403.
3. International Liaison Committee on Resuscitation. 2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*. 2005;112 (Suppl III): 1-136.
4. Program: ILCOR 2010 International Consensus Conference on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. American Heart Association 2010; 1-57.
5. Caballero Oliver A. Conferencia ILCOR 2010: El proceso hacia unas nuevas guías de resucitación cardiopulmonar. *Aten Primaria*. 2010;42:493-5.
6. Koster RW, Baubin MA, Bossaert LL, Caballero A, Cassan P, Castrén M, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. *Resuscitation*. 2010;81:1277-92.

## Principales cambios en SVA en las nuevas guías ILCOR 2010 y su repercusión en nuestra práctica clínica

J. Arroyo Fernández de Aguilar

Con la publicación de las nuevas Guías de Resucitación Cardiopulmonar del Consejo Europeo de Resucitación (*European Resuscitation Council*, en adelante ERC) en octubre de 2010, se introducen una serie de novedades y de cambios en las recomendaciones de tratamiento de la parada cardiorrespiratoria (PCR) y los cuidados posresucitación, poniendo al día las anteriores Guías del ERC publicadas en 2005 y manteniendo el ciclo de actualización, que se fijó en 5 años. Estas nuevas guías del año 2010 se basan, al igual que las anteriores, en el más reciente Consenso Internacional sobre la Ciencia de la RCP con Recomendaciones de Tratamiento (CoSTR) fruto de la revisión sistemática de la evidencia científica existente hasta la fecha en RCP, y en este caso que nos ocupa, sobre SVA en adultos.

Las nuevas Guías ERC 2010 subrayan la importancia de la detección precoz de la PCR, tanto intrahospitalariamente como extrahospitalariamente, para iniciar de forma inmediata las maniobras de reanimación con el objetivo de recuperar la circulación espontánea (RCE) en el paciente.

Los principales cambios y novedades de las Guías ERC 2010 en SVA del adulto son los que se señalan a continuación.

Se pone de manifiesto la importancia de implementar sistemas de rastreo y alarma que detecten de manera precoz y eficaz el deterioro de un paciente, de forma que se pueda prevenir la aparición de PCR en dicho paciente o poner en marcha de forma inmediata las maniobras de RCP que estén indicadas. Esta recomendación se hace para la PCR intrahospitalaria. En el medio extrahospitalario se hace especial hincapié sobre los signos de alarma asociados con el riesgo potencial de muerte súbita cardíaca fuera del hospital.

Las compresiones torácicas deben interrumpirse de manera mínima y sólo para permitir intervenciones específicas a lo largo del SVA; además se señala que dichas compresiones torácicas deben ser «de alta calidad», y que durante la carga de la energía seleccionada en el desfibrilador se deben seguir aplicando las compresiones torácicas de manera ininterrumpida con el objetivo de disminuir al mínimo la «pausa pre-descarga». Queda eliminada la recomendación existente en las Guías 2005 de que los Servicios de Emergencias Extrahospitalarios

(SEM) deben aplicar un período predeterminado de RCP antes de realizar una desfibrilación en el caso de PCR extrahospitalaria no presenciada.

El papel del golpe precordial en SVA es minimizado en las Guías 2010.

En relación al tratamiento de la PCR por FV/TV sin pulso, los principales cambios son:

- Se administra 1 mg de adrenalina justo después de la tercera descarga tras haber reiniciado las compresiones torácicas, y se repite 1 mg de adrenalina en ciclos alternos de RCP (3-5 min). También después de la tercera descarga se administran 300 mg de amiodarona.
- Si la aparición de FV/TV sin pulso se produce en la sala de cateterismo cardíaco o en el postoperatorio inmediato de una intervención de cirugía cardíaca, se recomienda la aplicación de tres descargas rápidas consecutivas (o agrupadas).

En el tratamiento de la asistolia y la actividad eléctrica sin pulso (AESP) ya no se aconseja el uso de atropina de forma sistemática, tal y como se venía aconsejando en las Guías anteriores.

Respecto a otras maniobras en SVA, las principales novedades en las Guías 2010 son:

- Se reduce el énfasis sobre la intubación traqueal precoz, que sólo debe llevarse a cabo por reanimadores expertos e interrumpiendo de manera mínima las compresiones torácicas.
- Se enfatiza en la capnografía como instrumento de gran utilidad para comprobar y vigilar la correcta colocación del tubo traqueal, demostrar la calidad de la RCP y servir de indicador precoz de RCE.
- La ecografía se revela como un instrumento de utilidad durante la realización de maniobras de RCP, sobre todo a la hora de detectar causas reversibles de PCR.

Se establece en SVA el uso de la hipotermia para el tratamiento de pacientes supervivientes de PCR, procedente tanto de ritmo desfibrilable como de ritmo no desfibrilable, si bien la evidencia de su utilidad en PCR procedente de ritmos no desfibrilables es menor. Asimismo, se reconoce que muchos de los indicadores de mal pronóstico (fundamentalmente neurológicos) en pacientes supervivientes de PCR en coma no son fiables, sobre todo si el paciente se ha tratado con hipotermia terapéutica.

Se revisa la recomendación sobre el nivel de glucemia en pacientes recuperados de PCR, de forma que se deben tratar glucemias superiores a 180 mg/dl, si bien debe evitarse a toda costa la hipoglucemia.

Queda reconocido el papel nocivo de la hiperoxemia en personas supervivientes de PCR con RCE, de forma que se establece que una vez que la RCE permite monitorizar la saturación de oxígeno (O<sub>2</sub>) en sangre arterial se debe regular el aporte de O<sub>2</sub> al paciente para mantener saturaciones arteriales de O<sub>2</sub> entre el 94 y el 98 %.

Por último, se pone especial énfasis sobre el tratamiento del síndrome posresucitación (o posparada cardíaca), reconociendo que la aplicación de protocolos de tratamiento del síndrome posresucitación puede mejorar la supervivencia de los pacientes con RCE tras PCR.

## Bibliografía

- Consejo Español de RCP: <http://www.cercp.es/>
- Deakin CD, Nolan JP, Soar J, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 4. Adult advanced life support. *Resuscitation*. 2010;81:1305-52.
- Spanish Guidelines – Executive Summary (Spanish translation of the Executive Summary of the ERC 2010 Resuscitation Guidelines). Disponible en: <https://www.erc.edu/index.php/doclibrary/en/230/1/>

**ACTUALIZACIÓN 2****Ética y muerte digna**

Viernes, 10 de junio / 10.30-11.30 h

Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Mozart

**Moderadora:****Etel Carod Benedito**

*Médico de familia. CS de Monreal del Campo. Teruel. Máster en Cuidados Paliativos por la Universidad Autónoma de Barcelona; Máster en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid. Vicepresidenta del Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria del sector Teruel.*

**Ponente y contenido:**

Los nuevos desarrollos legislativos en España sobre la dignidad en el morir

**Pablo Simón Lorda**

*Médico de familia. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada. Doctor en Medicina. Máster en Bioética. Director del Área de Ciudadanía y Ética. Colaborador directo en la elaboración de la Ley de Muerte Digna de Andalucía.*

**Resumen**

España lleva más de 15 años debatiendo sobre el concepto de muerte digna. Casos nacionales como los de Ramón Sampredo, Inmaculada Echevarría, Jorge León o Madeleine Z, o de otros países, como los Eluana Englaro (Italia), Terry Schiavo (EE.UU.) o Chantal Sebire (Francia) han alimentado en nuestro país la discusión sobre los límites y contenidos de este llamado «derecho a una muerte digna». Muy importante en este proceso de debate ha sido el esfuerzo por aclarar el significado de los diferentes términos que se utilizan para describir las diversas actuaciones sanitarias que se realizan en el proceso de muerte, para evitar que todas sean etiquetadas por igual como «eutanasia». El importante desarrollo de los cuidados paliativos en este tiempo es otro de los elementos que enmarcan este debate de manera fundamental. Uno de los resultados más llamativos de todo este proceso es la aprobación en España de disposiciones legislativas que enmarcan jurídicamente el concepto de «muerte digna». La Comunidad Autónoma de Andalucía fue la primera en aprobar una ley sobre la materia (Ley 2/2010 sobre derechos y garantías de la dignidad de la persona en proceso de muerte). Posteriormente Navarra y Aragón iniciaron procesos legislativos similares. Pero, sin duda, es el Proyecto de Ley Básica auspiciado por el Gobierno el desarrollo legislativo más relevante, dado que afecta a todos los ciudadanos y profesionales sanitarios de España.

Aquí se analizarán y compararán todas estas nuevas normas jurídicas con el objeto de que los profesionales sanitarios de Atención Primaria adquieran ideas claras sobre ellas y sobre la forma en que impactan en su práctica asistencial.

**Los nuevos desarrollos legislativos en España sobre la dignidad en el morir**  
P. Simón Lorda

Actualmente, la sociedad española, así como la de otros países europeos, está inmersa en un proceso de discusión sobre los contenidos y límites de lo que ha venido a denominarse «muerte digna»<sup>1</sup>. Aunque el debate en torno a las formas en las que mueren o deberían morir las personas es tan antiguo como la propia historia de la humanidad, lo cierto es que en las sociedades tecnológicas avanzadas dicho debate tiene

perfiles nuevos, inconcebibles hace tan sólo 10 años<sup>2</sup>. Por ejemplo, existe un debate abierto acerca de si puede hablarse o no de la «muerte digna» como un «derecho», incluso de un derecho humano de tercera generación. Incluso este mismo término, «muerte digna» ha sido cuestionado por presuntamente «peligroso». Pero el debate es todavía más intenso en relación con los contenidos concretos de ese presunto derecho. Hay unanimidad en la idea de que uno de esos contenidos es, necesariamente, el derecho a acceder a cuidados paliativos de alta calidad<sup>3</sup>. También existe unanimidad respecto al derecho de la persona a tomar anticipadamente decisiones respecto a los tratamientos que desea aceptar o rechazar cuando no pueda decidir por sí misma. Esto ha llevado a muchos países del mundo a regular las voluntades anticipadas o testamentos vitales<sup>4</sup>. Otro elemento que parece concitar consenso unánime es la necesidad de evitar la prolongación del sufrimiento del moribundo mediante tratamientos considerados «extraordinarios», «desproporcionados» o «fútiles», produciendo así lo que se ha denominado «encarnizamiento terapéutico» u «obstinación terapéutica»<sup>5</sup>. Así, cuidados paliativos, rechazo de tratamiento, voluntades anticipadas y evitación de la obstinación terapéutica constituyen hoy en día cuatro de los pilares incuestionables de lo que se ha llamado «muerte digna».

Pero existe una enorme confrontación sobre otro posible contenido, en concreto respecto a la posibilidad de reconocer el derecho a escoger libremente el momento y la forma de la propia muerte y exigir la ayuda y colaboración de otras personas para realizarlo, especialmente de profesionales sanitarios. Éste es el debate en torno a si pueden formar parte o no de la «muerte digna» el derecho a solicitar la eutanasia o el suicidio asistido<sup>6</sup>.

La reflexión ética y jurídica en torno a las diversas formas de «muerte digna» en nuestro país, aunque puede rastrearse desde los primeros años del siglo XX, en realidad no se convierte en debate público y abierto hasta la década de 1990, al igual que en el resto de países europeos<sup>7</sup>. Es, sin duda, el año 1993, fecha en que por primera vez salta a la opinión pública el caso de Ramón Sampredo, el punto de partida de este debate. En 1995 se aprobó el nuevo Código Penal, que en su artículo 143.4 tipifica como delito, por primera vez, las acciones eutanásicas, aunque con penas rebajadas. Tras la muerte por suicidio de Ramón Sampredo en 1998 y el posterior impacto mediático de su historia gracias a la película *Mar Adentro* (2004), los casos se suceden en el debate público: el caso de la sedación paliativa en el Hospital Severo Ochoa de Leganés (2005-2009), el caso de Jorge León (2006), Madeleine Z (2007) y, muy especialmente, el caso de Inmaculada Echevarría (2006-2007).

El caso de Inmaculada Echevarría ha supuesto un antes y un después en la polémica sobre la «muerte digna», pues por primera vez se discutió públicamente la retirada de un tratamiento a petición de un paciente capaz sabiendo que dicha retirada podía suponerle la muerte<sup>8</sup>. Este caso mostró las dificultades jurídicas por las que podían pasar los enfermos para hacer valer sus derechos aunque estuvieran legalmente protegidos por la legislación vigente y, por tanto, la necesidad de mejorar la cobertura jurídica de estos derechos. Ése fue el motivo por el que el Gobierno de Andalucía y, más en concreto, la Consejería de Sanidad, estimó conveniente impulsar la redacción y tramitación de una propuesta legislativa que protegiera mejor todos los derechos en torno a la muerte digna que entraran dentro de sus competencias. La Ley fue finalmente aprobada por unanimidad en el Parlamento de Andalucía y está en vigor desde mayo de 2010. Su nombre es Ley 2/2010 de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en Proceso de Muerte.

El carácter pionero de la Ley 2/2010 queda bien ilustrado por el efecto que ha producido en los procesos legislativos de nuestro país. Así, dos comunidades autónomas, Navarra y Aragón, han comenzado procesos legislativos de regulación de los derechos de las personas en proceso de muerte. Ambas comunidades han tomado explícitamente como texto base de sus propuestas la ley andaluza, porque el desarrollo realizado en nuestra norma aborda de manera muy completa todos los aspectos jurídicos relevantes en esta materia en el marco del ordenamiento jurídico vigente. En el momento de redactar este escrito, el proceso legislativo en ambas comunidades está en debate de enmiendas al texto presentado.

Pero, sin duda, ha sido una decisión del Gobierno de España la de desarrollar una «Ley de Cuidados Paliativos y Muerte Digna», tomando como base según ha afirmado reiteradamente la ministra Leire Pajín, la ley desarrollada en Andalucía. Esta Ley tendrá carácter de «Básica», por lo que supondrá un marco legislativo de referencia para todas las comunidades autónomas, hayan o no legislado al respecto. En el momento de redactar este texto está en proceso de elaboración el primer borrador de este Proyecto de Ley que, previsiblemente, será presentado al Consejo de Ministros a lo largo del mes de marzo, tal y como el propio Gobierno se marcó como objetivo.

Resulta, por tanto, extraordinariamente relevante para los médicos de familia conocer en detalle todo este nuevo marco legislativo porque va a condicionar de manera decisiva su práctica clínica en la asistencia a las personas en los momentos finales de su vida. Un análisis detallado de la Ley estatal

y comparativo con las leyes autonómicas constituirá el núcleo central de esta ponencia.

#### Referencias bibliográficas

1. Simón P, Barrio IM, Alarcos F, Barbero FJ, Couceiro A, Hernando P. Ética y muerte digna: Propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Revista de Calidad Asistencial*. 2008;23(6):271-85.
2. Gracia D. Historia de la Eutanasia. En: Urraca S, editor. *Eutanasia Hoy: Un debate abierto*. Madrid: Nóesis, 1996; p. 67-91.
3. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 1418 (1999). Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos. Adoptada el 25 de junio de 1999 [consultada 7 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/acoerec99-1418.html>
4. Andalusian School of Public Health. Collaboratory on Advance Directives. [consultada 2 abril 2009] Disponible en: <http://www.voluntadesanticipadas.com>
5. Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diarasarri S, Martín Delgado MC, Martínez Urionabarrenetxea K y Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008;32(3):121-33.
6. Comité Consultivo de Bioética de Cataluña. Informe sobre la Eutanasia y la ayuda al suicidio. Barcelona: Departament de la Salut – Generalitat de Catalunya, 2006.
7. Simón Lorda P. Muerte digna en España. *Revista Derecho y Salud*. 2008;16(Número Extraordinario):75-94.
8. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM. El caso de Inmaculada Echevarría: implicaciones éticas y jurídicas. *Med Intensiva*. 2008;32(9):444-51.



# Resultados de investigación innovadores en Atención Primaria

## MESA

### Presentación de los resultados de investigación innovadores en Atención Primaria

Viernes, 10 de junio / 15.30-17.30 h  
Hotel Romareda. Planta -1 / Salón Bruselas

#### Moderador:

**Mariano Rodríguez Torrente**

*Jefe de estudios de la UD de MFyC de Huesca.*

#### Ponentes y contenido:

1. Ensayo clínico sobre la eficacia de una intervención para mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión no controlada y riesgo cardiovascular elevado

**Carlos Brotons Cuixart**

*Médico de familia. EAP Sardenya. Barcelona. Doctor en Medicina.*

*Máster en Salud Pública por la Universidad de Texas (Houston).*

*Director de la Unidad de Investigación del EAP Sardenya-IBB Sant Pau.*

2. Efectividad a los 12 meses de seguimiento de una intervención psico-educativa para mejorar el estado funcional en fibromialgia

**Juan Vicente Luciano Devis**

*Doctor en Psicología. Investigador del Parc Sanitari Sant Joan de Déu.*

*Sant Boi de Llobregat (Barcelona).*

**Eugenia Cardeñosa Valera**

*Médico de familia. ABS Bartomeu Fabrés Anglada, Distrito de AP Baix*

*Llobregat Litoral. UD Costa de Ponent. Barcelona.*

3. Eficacia de un programa multicomponente para el manejo de la depresión en Atención Primaria.

El proyecto INDI

**Enric Aragonès Benaiges**

*Médico de familia. CAP de Constantí. Tarragona. Doctor en Medicina.*

*Coordinador del GdT Salud Mental de la semFYC.*

#### Introducción

Se expondrán aquellos resultados de investigación en AP que han supuesto una aportación innovadora y práctica. En este caso ensayos aleatorios controlados, realizados en la AP de España, con una rigurosa validez interna y una gran validez externa. Con ellos se modificará el enfoque terapéutico de la hipertensión, fibromialgia y depresión.

Ensayo clínico sobre la eficacia de una intervención para mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión no controlada y riesgo cardiovascular elevado  
Pladevall M, Brotons C, Gabriel R, Arnau A, Suárez C, De la Figuera M, Márquez E, Coca A, Sobrino J, Divine G, Heisler M, Williams LK; en representación del grupo del estudio COM99

**Introducción.** La hipertensión es un conocido factor de riesgo cardiovascular que afecta al 45% de la población española entre 35 y 64 años. El tratamiento farmacológico regula los niveles de presión arterial (PA) y reduce la morbimortalidad asociada a este factor de riesgo. La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es uno de los motivos de mal control de la PA. El mal cumplimiento terapéutico se relaciona con empeoramiento de la enfermedad, complicaciones, hospitalizaciones, discapacidades e incluso muerte.

**Objetivos.** Evaluar la eficacia de una intervención multifactorial para aumentar el cumplimiento de la medicación hipotensora en pacientes hipertensos no cumplidores, con control inadecuado de la PA y elevado riesgo cardiovascular.  
**Métodos.** Ensayo clínico multicéntrico aleatorizado por conglomerados. Participaron 79 médicos (conglomerados) tanto de hospitales como de centros de Atención Primaria. Los pacientes fueron distribuidos aleatoriamente entre el grupo intervención (GI) y el grupo control (GC). Se incluyeron los pacientes entre enero de 2000 y julio de 2002. Los del GC recibieron el control habitual por parte de su médico, pero realizaron las mismas visitas que el GI (a 1, 3, y 6 meses, y a partir de entonces semestralmente hasta completar los 5 años de seguimiento). La intervención para mejorar la adherencia duró 6 meses y consistió en el recuento de pastillas consumidas entre visitas de estudio por parte del médico (ayuda a nivel de comportamiento), la designación de un miembro de la familia para dar soporte a la conducta de cumplimiento (soporte social) y la entrega de un folleto informativo sobre medicación antihipertensiva (dosis, frecuencia de las tomas, posibles efectos adversos, qué hacer si se olvidaban una toma...) al paciente al inicio de la intervención. La variable principal de resultados fue el control de las cifras de PA y la adherencia al tratamiento farmacológico a los 6 meses de seguimiento.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio 418 pacientes en el GI y 457 pacientes en el GC. La media de edad fue de 66,3 años en el GI y de 66,8 años en el GC. El 47% de los pacientes eran hombres en el GI frente al 52% en el GC. Al inicio, el 94% de los pacientes del GI mostraron cifras de PA sistólica superiores o iguales a 140 mmHg frente al 96% en el GC ( $p=0,23$ ), a los 6 meses de seguimiento este porcentaje se situó en el 66,6% en el GI y en el 76,3% en el GC ( $p<0,01$ ). El 46% de los pacientes del GI y el 32% de los del GC mostraron cifras de PA diastólica superiores o iguales a 90 mmHg ( $p<0,01$ ), cifras que en la visita a los 6 meses de seguimiento se redujeron al 18,1% en el GI y al 19% en el GC, sin diferencias estadísticamente significativas. Por lo que respecta a la adherencia al tratamiento antihipertensivo a los 6 meses de seguimiento, el 91,9% de los pacientes del GI habían tomado la dosis correcta al menos el 80% de los días frente al 85,6% del GC ( $p<0,01$ ). La media de seguimiento fue de 39 meses. Al finalizar el seguimiento 153 pacientes habían sufrido un episodio cardiovascular o habían fallecido, el 19% el GC y el 16% el GI (diferencias no estadísticamente significativas).

**Conclusiones.** La intervención multifactorial de baja intensidad para mejorar la adherencia a la medicación antihipertensiva resulta efectiva en el control de la PA y en la mejora del cumplimiento terapéutico.

Efectividad a los 12 meses de seguimiento de una intervención psico-educativa para mejorar el estado funcional en fibromialgia

Luciano JV, Martínez N, Peñarrubia María MT, Fernández Vergel R, García Campayo J, Verduras C, Blanco ME, Jiménez M, Ruiz JM, Del Hoyo YL, Cardeñosa Valera E y Serrano Blanco A

**Introducción.** La fibromialgia (FM) es un grave problema de salud pública por su elevada prevalencia tanto en la población general (0,5-4%) como en Atención Primaria (2-6%). Un metaanálisis reciente (Häuser et al., 2009) concluyó que los tratamientos multicomponente (combinación de dos o más tratamientos no-farmacológicos) alivian eficazmente el dolor muscular y la ansiedad de los pacientes con FM.

**Objetivos.** El objetivo principal del presente trabajo fue comparar la efectividad a los 12 meses de seguimiento de una intervención psicoeducativa grupal (educación + relajación autógena) para pacientes con FM + tratamiento habitual del médico de familia frente a sólo tratamiento habitual (control). También se exploró si había diferencias entre los «Respondedores» y «No-respondedores» a la intervención en ciertas variables clínicas recogidas antes del tratamiento.

**Material y métodos.** Ensayo clínico controlado y aleatorizado. Potenciales participantes: 530 pacientes con FM incluidos en una base de datos hospitalaria. Criterios de exclusión: 1) diagnóstico no basado en criterios del *American College of Rheumatology*; 2) deterioro cognitivo; 3) comorbilidad psiquiátrica/reumatológica; 4) esperanza de vida < 12 meses, y 5) ausencia de escolarización. Finalmente, 108 pacientes fueron asignados aleatoriamente a la intervención y 108 a la condición control. El programa psicoeducativo implementado por un equipo multidisciplinar, constaba de 9 sesiones (5 educativas y 4 de relajación autógena) de 2 horas de duración.

**Resultados.** La tasa de abandono final fue del 12,5% (grupo intervención [GI]: 10,2%; grupo control [GC]: 14,8%). Los análisis mediante intención de tratar revelaron que los pacientes del GI mejoraban su estado funcional a nivel global en el postratamiento, y se mantenía el efecto hasta los 12 meses. Concretamente, a los 12 meses, se observó una mejoría en las siguientes dimensiones del *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ): deterioro físico, días de malestar, dolor, fatiga matinal, rigidez, y depresión. El número necesario de pacientes a tratar (NNT) con la nueva intervención en lugar de solamente tratamiento habitual para que un paciente más obtuviera una mejoría clínicamente significativa fue de 3 (IC 95%, 2,0-4,3) en el postratamiento y de 6 (IC 95%, 3,0-22,3) pasados 12 meses. Los pacientes que respondieron al tratamiento psicoeducativo tenían menor ansiedad rasgo en la línea base.

**Conclusiones.** El tratamiento habitual junto a una intervención psicoeducativa de 2 meses de duración mejora el estado funcional de los pacientes con FM, y los efectos beneficiosos se observan a corto y largo plazo. El tipo de diseño, los mínimos criterios de exclusión, el tamaño muestral y el uso de instrumentos estandarizados sugieren que el estudio posee adecuada validez interna y externa.

---

Eficacia de un programa multicomponente para el manejo de la depresión en Atención Primaria. El proyecto INDI

Aragonès E, Caballero A, Piñol JL, López Cortacans G, Badia W, Hernández JM, Casaus P, Folch S y Basora J

**Introducción.** La mayor parte de los pacientes con depresión se manejan en Atención Primaria (AP). Sin embargo, una proporción importante de pacientes deprimidos no son diagnosticados por su médico y, además, la detección no garantiza que estos pacientes recibirán un tratamiento adecuado, por lo que las tasas de infratratamiento son altas. El seguimiento del paciente deprimido a menudo es deficiente, y se pierde la oportunidad de supervisar el cumplimiento terapéutico, la evolución clínica, y de aplicar medidas para

mejorar la adherencia al tratamiento o para modificarlo o ajustarlo si la evolución no es satisfactoria. Todo ello compromete los resultados clínicos que se obtienen, que a menudo no son satisfactorios y están alejados de la eficacia potencial de los tratamientos disponibles.

**Objetivo.** Determinar, en el sistema sanitario español, si la implementación de un programa multicomponente para el abordaje de la depresión mayor en Atención Primaria (Programa INDI-*INterventions for Depression Improvement*) dará lugar a mejores resultados de salud que el abordaje habitual.

**El modelo INDI de atención a la depresión.** Se trata de un programa estructurado, multifactorial, para el abordaje de la depresión que incluye medidas clínicas, formativas y organizativas. Está basado en el modelo de atención a las enfermedades crónicas e incluye formación estructurada para los profesionales y la disponibilidad de una guía clínica y un algoritmo de tratamiento basados en la evidencia científica. Incorpora y potencia el papel de la enfermera en la atención a la depresión: investigación de las necesidades del paciente, diseño de planes de cuidados, psicoeducación, fomento de la adherencia al tratamiento y seguimiento clínico activo y sistemático del paciente en coordinación con el médico. Con el nivel psiquiátrico especializado se establecen mecanismos óptimos de interconsulta y soporte.

**Material y métodos.** *Diseño:* ensayo controlado con asignación aleatoria de los centros de salud participantes a la rama control (tratamiento habitual) o a la rama intervención (programa para el manejo de la depresión). *Ámbito:* 20 centros de salud en la provincia de Tarragona. *Sujetos:* 338 pacientes adultos ( $\geq 18$  años), con depresión mayor (DSM-IV) de moderada a severa, o depresión mayor leve persistente. *Medición de los resultados:* por entrevista telefónica con entrevistador «ciego» (ignora la rama de estudio de los pacientes que entrevista). Las entrevistas tienen lugar a los 0 (basal), 3, 6 y 12 meses. *Variables principales e instrumentos de medida:* sintomatología del episodio depresivo (*Patient Health Questionnaire*; PHQ-9), tasa de respuesta (reducción  $\geq 50\%$  respecto a la puntuación basal), tasa de remisión (reducción de la puntuación a  $< 5$  puntos). *Plan de análisis:* aunque la aleatorización ha sido por centros de salud, la unidad de análisis es el paciente individual. Los métodos estadísticos de análisis tienen en cuenta el efecto del diseño en *clusters* por la potencial menor independencia entre las observaciones en pacientes del mismo centro.

**Resultados.** Participaron en el estudio 78 médicos generales de 20 centros de AP. Un total de 338 pacientes fueron incluidos en la evaluación basal con una media de 18,9 pacientes por centro (DE: 9,8) en el grupo intervención (GI) y de 14,9 pacientes en el grupo control (GC) (DE: 9,0). Las pérdidas de seguimiento fueron de 18 pacientes (5%) a los 3 meses, 27 (8%) a los 6 meses y 36 (11%) a los 12 meses.

La gravedad de la sintomatología depresiva disminuyó en ambos grupos pero la evolución fue más satisfactoria en el GI ya desde los 3 meses, y se mantuvo una diferencia significativa a los 6 y 12 meses. Las tasas de respuesta y de remisión también mostraron ventajas para el GI, las diferencias entre ambos grupos de estudio fueron evidentes desde los 3 meses y se mantuvieron en magnitudes similares durante todo el período de seguimiento, en un rango entre el 13 y el 21% (tabla 1).

**Conclusión.** Este estudio muestra mejores resultados clínicos en los pacientes con depresión mayor atendidos en los centros de AP donde se ha aplicado el programa INDI que en los pacientes atendidos bajo estándares habituales. El programa INDI está diseñado pensando en su factibilidad y las diversas medidas que incluye son premeditada y razona-

Tabla 1. Resultados clínicos en los pacientes deprimidos atendidos según el modelo INDI frente a los atendidos según criterios habituales

Resultados clínicos	Grupo intervención n=189	Grupo control n=149	Diferencia entre medias (IC 95%)
<b>Gravedad de la depresión<sup>a</sup></b>			
Basal	18,1 (5,2)	17,7 (4,8)	0,4 [-0,7 - 1, 5]
3 meses	9,5 (7,1)	11,9 (7,0)	-2,4 [-4,0 - -0,8]
6 meses	8,0 (7,2)	10,5 (7,2)	-2,5 [-4,1 - -0,9]
12 meses	7,1 (7,1)	8,8 (7,0)	-1,7 [-3,3 - -0,1]
<b>Respuesta<sup>b</sup></b>			
			<b>Odds Ratio (IC 95%)</b>
3 meses	53,8% (98/182)	37,0% (51/138)	1,99 [1,27 - 3,13]
6 meses	61,0% (108/177)	45,5% (61/134)	1,87 [1,19 - 2,95]
12 meses	66,9% (115/172)	51,5% (67/130)	1,91 [1,16 - 3,13]
<b>Remisión<sup>c</sup></b>			
3 meses	31,9% (58/182)	15,2% (21/138)	2,61 [1,49 - 4,56]
6 meses	45,2% (80/177)	23,9% (32/134)	2,65 [1,58 - 4,44]
12 meses	48,8% (84/172)	35,4% (46/130)	13,4% [2,3% - 24,5%]

<sup>a</sup> Puntuación PHQ-9, media y DE.

<sup>b</sup> Respuesta: disminución  $\geq 50\%$  respecto a la puntuación basal PHQ-9.

<sup>c</sup> Remisión: PHQ-9 < 5.

IC: intervalo de confianza.

blemente aplicables en las condiciones actuales de la AP española. Un aspecto particularmente novedoso, y probablemente determinante de la eficacia de la intervención, es la potenciación del papel de enfermería en la atención a la depresión. La siguiente fase en la ejecución del proyecto deberá ser la planificación de una estrategia activa para promover la difusión y la implementación del modelo INDI de atención a la depresión en AP de forma generalizada en el sistema de salud español.

### Bibliografía

- Aragonès E, Caballero A, Piñol JL, et al. Assessment of an enhanced program for depression management in primary care: A cluster randomized controlled trial. The INDI project (Interventions for Depression Improvement). BMC Public Health. 2007;7:253.
- Aragonès E, López-Cortacans G, Badia W, Hernández JM, Caballero A, Labad A. Improving the Role of Nursing in the Treatment of Depression in Primary Care in Spain. *Perspect Psychiatric Care*. 2008;44:248-58.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002;288:1775-9.
- Gensichen J, von KM, Peitz M, et al. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med*. 2009;151:369-78.
- Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med*. 2006;166:2314-21.
- Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*. 2003;289:3145-51.
- Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalía-t N° 2006/06.
- Gunn J, Diggins J, Hegarty K, Blashki G. A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:88.
- National Institute for Clinical Excellence: Depression. Management of depression in primary and secondary care. London; 2004.
- Richards DA, Lovell K, Gilbody S, et al. Collaborative care for depression in UK primary care: a randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2008;38:279-87.
- Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester: Wiley; 1995.
- Wittchen HU, Holsboer F, Jacobi F. Met and Unmet Needs in the Management of Depressive Disorder in the Community and Primary Care: The Size and Breadth of the Problem. *J Clin Psychiatry*. 2001;62(suppl 26):23-8.

# Foro de investigación

## MESA 1

### Buscando compañeros de viaje

Jueves, 9 de junio / 09.30-11.30 h

Hotel Romareda. Planta -1 / Salón Bruselas

#### Moderadores:

**Francesc Xavier Cos Claramunt**

*Representante de la semFYC en The European General Practice Research Network (EGPRN).*

**Jesús López-Torres Hidalgo**

*Secretario Científico de la Agencia de Investigación de la semFYC.*

#### Introducción

Con la realización de esta actividad, se pretende proponer un lugar de encuentro para la exposición de proyectos de investigación, preferiblemente financiados o en vías de financiación, ya iniciados o en desarrollo, que precisen de la participación de otros investigadores en el ámbito nacional. De los proyectos de investigación aceptados por el Comité Científico del Congreso, se seleccionarán para su exposición oral 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

### Investigando sobre la investigación en Atención Primaria

Jueves, 9 de junio / 12.00-14.00 h

Hotel Romareda. Planta -1 / Salón Bruselas

#### Moderador:

**Juan Ángel Bellón Saameño**

*Médico de familia. CS El Palo. Málaga. Unidad de Investigación de Atención Primaria del Distrito Málaga. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Málaga. Vocal de Investigación de la semFYC.*

#### Ponentes y contenido:

1. Agenda Europea de Investigación en Medicina de Familia y Atención Primaria de Salud

**Pilar Gayoso Diz**

*Unidad de Epidemiología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Exsubdirectora General de Docencia e Investigación Sanitaria de la Consellería de Sanidade de Galicia.*

2. Investigación con grandes bases de datos de la historia clínica de Atención Primaria

**Bonaventura Bolívar Ribas**

*Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol. Coordinador de la red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (redIAPP).*

3. Análisis bibliométrico de la producción científica internacional sobre Atención Primaria

**Concepción Carratala Munuera**

*Cátedra de Medicina de Familia. Departamento de Medicina Clínica de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Alicante.*

#### Introducción

En esta mesa se presentarán un grupo de investigaciones que tienen como factor común la investigación en Atención Primaria. Las preguntas a responder serían: ¿En qué lugar del panorama Europeo e internacional se sitúa la investigación en Atención primaria?, ¿Hacia dónde camina?, ¿Cuáles son sus limitaciones y fortalezas?, ¿Hacia dónde se debe dirigir?, ¿Cómo hacerlo? También se abordará un aspecto más concreto y específico de la investigación en Atención Primaria, la investigación con grandes bases de datos de las historias clínicas de Atención Primaria, la experiencia nacional e internacional. Las respuestas a estas preguntas se abordarán, no podría ser de otra forma, desde la investigación y la reflexión que ésta conlleva. El debate promete ser interesante.

Agenda Europea de Investigación en Medicina de Familia y en Atención Primaria de Salud

**P. Gayoso Diz**

La Atención Primaria de Salud (APS) es el primer contacto que los sistemas sanitarios proporcionan al individuo y a la población, su función como referencia y *gate-keeper* es una característica clave<sup>1</sup>. La provisión de cuidados proporcionados en Atención Primaria se caracteriza por su continuidad, coordinación y personalización<sup>2</sup>. Una revisión de la declaración de Alma-Ata<sup>3</sup> afirma que los países con una sólida APS alcanzan mejores resultados de salud, y a un menor coste; así también lo ha señalado la OMS<sup>4</sup> en sendos informes publicados en los años 2008 y 2009.

La investigación es un elemento esencial para el desarrollo de una práctica clínica efectiva y de alta calidad<sup>5</sup>; así lo recoge el preámbulo de la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica. La práctica efectiva y de calidad en APS, requiere una sólida comprensión de la evidencia disponible, junto con la adecuada valoración de las necesidades del paciente y una cultura de colaboración/cooperación entre los diferentes recursos de la organización sanitaria<sup>6</sup>.

Teniendo en consideración la diversidad del ámbito de la APS, la investigación de calidad requiere una aproximación multidisciplinar, con aportación de diferentes enfoques profesionales a la generación de conocimiento sobre cada línea de investigación<sup>7</sup>. Por otra parte, con frecuencia se necesita usar metodologías mixtas o combinadas, con técnicas tanto cuantitativas como cualitativas y diferentes diseños de estudios, tanto observacionales como de intervención. Por ello, la investigación en APS tiene requerimientos específicos en formación y en recursos disponibles para su desarrollo<sup>8</sup>.

Un aspecto clave es el papel central que la investigación en AP puede tener para la disminución del conocido como segundo gap traslacional<sup>9</sup>, es decir el gap existente entre la investigación clínica y los cuidados de salud prestados. La implementación del nuevo conocimiento todavía se produce de forma lenta y poco eficiente para que sea útil al paciente y al sistema sanitario<sup>10</sup>. Por responsabilidad social y para promover una mayor eficiencia y efectividad de los recursos dedicados a investigación, resulta cada vez más necesario establecer una priorización en las áreas de investigación, tomando como referencia el impacto del problema de salud (prevalencia, morbimortalidad, población afectada), la va-

riabilidad existente, las lagunas en el conocimiento y los gaps en la traslación del mismo<sup>11,12</sup>.

Como instrumento de priorización destaca, por su ámbito y exhaustividad, la Agenda Europea de Investigación en Atención Primaria, publicada en 2009 como resultado del trabajo realizado por el EGPRN<sup>13</sup> desde 2006, a petición de Wonca Europe. Su objetivo es proporcionar guías para la futura planificación de la investigación en AP en Europa y en los diferentes países miembros<sup>14</sup>.

La base de reflexión fue por el dominio de la medicina de familia/general en Europa descrito en las seis competencias principales (y las once características comprendidas en ellas) de la definición de Wonca (4); a lo que se añadieron los dominios principales de la investigación en medicina de familia/general: investigación clínica; investigación en servicios de salud; investigación en formación y enseñanza de la medicina de familia. En una primera fase se identificó la evidencia disponible sobre resultados de investigación en AP, mediante búsqueda bibliográfica amplia (las estrategias de búsqueda empleadas se detallan en el documento) y posterior revisión de su pertinencia y calidad.

Las evidencias halladas se enmarcaron en cada una de las competencias que recoge la definición europea de medicina de familia<sup>15</sup> y que constituyen los seis ámbitos de investigación que recoge la Agenda Europea: 1) Gestión de la Atención Primaria; 2) Atención centrada en la persona; 3) Competencias en resolución de problemas clínicos; 4) Enfoque integral; 5) Orientación a la comunidad; 6) Enfoque holístico.

En cada uno de los seis ámbitos citados, se realizó un análisis de las evidencias disponibles, considerando además las necesidades de salud de la población, las características específicas de la Atención Primaria y de la medicina de familia en el ámbito europeo. Como consecuencia de ello, la Agenda desarrolla para cada uno de los ámbitos una definición del dominio de investigación y presenta un resumen de los resultados de la revisión bibliográfica. A continuación, se señalan las necesidades de investigación prioritarias en cada dominio y se reflexiona sobre las metodologías más adecuadas en cada caso.

La Agenda Europea de Investigación que aquí se presenta puede ser de gran utilidad para promover la investigación en medicina de familia y la cooperación entre grupos europeos, reforzando su presencia en el Espacio Europeo de Investigación. También constituye un instrumento para planificadores, gestores sanitarios y agencias de I+D+I en salud, ya que identifica los gaps existentes. Para optimizar su utilidad resulta necesaria su difusión y un análisis en el entorno de cada país europeo, que adecue las prioridades propuestas a las características sociodemográficas y de organización de los respectivos sistemas sanitarios.

#### Referencias bibliográficas

1. Starfield B. Is primary care Essentials? Lancet. 1994; 344:1129-33.
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q 2005;83:457-502.
3. Rawaf S, et al. From Alma-Ata to Almaty. Lancet. 2008; 372:1365-7.
4. World Health Organisation (WHO). The World Health Report 2008: primary health care: now more than ever. World Health Organization; Geneva. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>.
5. The Academy of Medical Sciences. Research in general practice: 2 bringing innovation into patient care. Workshop report. 2009. Disponible en: [www.acmedsci.ac.uk/p20.html](http://www.acmedsci.ac.uk/p20.html).

6. Kottke TE, Solberg LI, Nelson AF, Belcher DW, Caplan W, Green LW, et al. Optimizing practice through research: a new perspective to solve an old problem. Ann Fam Med. 2008;6:459-62.
7. De Maeseneer J, van Driel M, Green, van Weel C. The need for research in primary care. Lancet. 2003;362;1314-9.
8. Furler J, Cleland J, Del Mar C, Hanratty B, Kadam U, Laserson D, et al. Leaders, leadership and future primary care clinical research. BMC Fam Pract. 2008;9:52.
9. Lionis C, Stoffers H, Hummers-Pradier E, Griffiths F, Rotar-Pavli D, Rethans JJ. Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from an EGPRW meeting. J Fam Pract. 2004;21:587-93.
10. Macfarlane F, Shaw S, Greenhalgh T, Carter YH. General practices as emergent research organizations: a qualitative study into organizational development. Fam Pract. 2005; 22:298-304.
11. Eccles M, et al. An implementation research agenda. Implementation Science. 2009;4:18.
12. Fitch K, Lázaro P. Using appropriateness criteria to improve health care. Eurohealth. 1999;5(3):19-21.
13. Dobbs F, Soler JK, Sandholzer H, Yaman H, Petrazzuoli F, Peremans L, et al. The development of research capacity in Europe through research workshops--the EGPRN perspective. Fam Pract. 2009;26:331-4.
14. Hummers-Pradier E, et al. Research Agenda for General Practice / Family Medicine and Primary Health Care in Europe. European General Practice Research Network EGPRN, Maastricht 2009.
15. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. Br J Gen Pract. 2002;52:526-7.

#### Investigación con grandes bases de datos de la historia clínica de Atención Primaria

B. Bolívar Ribas

La informatización de las historias clínicas en Atención Primaria (AP) tiene relativamente pocos años. En determinados países europeos se inició a finales de la década de 1980 y principios de la de 1990<sup>1,2</sup>, mientras que en España se inició de forma generalizada a principios del 2000, con una importante variabilidad entre comunidades autónomas (CCAA).

Enseguida se crearon bases de datos específicas y empresas para explotar estos datos con diversas finalidades, en varios países, como respuesta a un amplio mercado.

Las experiencias más notables en Europa son las siguientes<sup>3-5</sup>:

- GPRD (*General Practice Research Database*): <http://www.gprd.com/>
- QRESEARCH, de la Universidad de Nottingham: <http://www.qresearch.org/SitePages/Home.aspx>
- PHARMO (Países Bajos): <http://www.pharmo.nl/>
- THIN (*The Health Improvement Network*): <http://www.thin-uk.com/>

España se halla, todavía, en una situación incipiente. La falta de homogeneidad de los sistemas en las diferentes CCAA dificulta la creación de bases de datos de ámbito estatal. En el año 2004 se inició la primera experiencia con la BIFAP (Base de Datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en Atención Primaria), promovida por la Agencia Española del Medicamento (<http://www.bifap.org/index.php>). Actualmente están en marcha otras experiencias, entre las que destacan el SIDIAP (*Sistema d'Informació per al Desenvolupa-*

ment de la Investigació en Atenció Primària) y el REGIPREV (Registro de Actividades Preventivas).

La información de estas bases de datos puede tener un enorme potencial para la investigación<sup>6</sup> y, en general, estas bases comparten algunas características:

- Aportan grandes muestras de personas a un coste razonable.
- En muchas de ellas la participación de los médicos de familia es voluntaria. Los datos son validados de forma sistemática y los médicos que no cumplen los estándares de calidad son excluidos de la base de datos.
- Procesos aprobados por un comité de ética y supervisados y avalados por un comité externo. Los estudios siempre han de tener la aprobación de un comité de ética además de un comité propio.
- En general se relacionan con múltiples fuentes de información (altas hospitalarias, certificados de mortalidad, datos del censo) que permiten una información más rica y completa. Además, permiten hacer un seguimiento de largos períodos de tiempo.
- Realizan muchos estudios para demostrar la completitud y la validez interna y externa de la información que proporcionan. Esto requiere un tiempo y un trabajo inicial considerables antes de poder ofrecer estas bases a sus clientes.
- Están innovando con nuevos instrumentos de explotación y tipos de estudios que se pueden hacer a partir de las bases de datos.
- Son la fuente de numerosos estudios que se publican en revistas científicas de gran prestigio.

Estas bases de datos permiten realizar una gran variedad de tipos de estudio:

- **Investigación epidemiológica.** Estudios epidemiológicos descriptivos, evolución temporal de los problemas de salud registrados; estudios de cohortes prospectivos, retrospectivos o mixtos a partir de la selección de pacientes expuestos y no expuestos a una condición de estudio existente en la base de datos; estudios de casos y controles.
- **Investigación clínica.** Estudios sobre las actividades preventivas realizadas en Atención Primaria (AP); diagnóstico, tratamiento y grado de control de determinadas patologías; uso de recursos de determinados problemas de salud; realización de ensayos clínicos pragmáticos.
- **Estudios sobre fármacos.** Estudios de farmacovigilancia, de los perfiles de prescripción ante determinados problemas de salud, y estudios genéricos sobre la utilización de medicamentos, gasto farmacéutico y farmacoeconomía en AP.
- **Investigación en servicios.** Utilización de servicios: derivaciones, estudio de hiperfrecuentadores, demanda atendida; evaluación de determinadas intervenciones; validación de sistemas de *case-mix*; estudio de costes.
- **Otras utilidades.** Identificación rápida de los pacientes necesarios en un determinado tipo de estudio o ensayo clínico; complementar la base de datos con información adicional tanto del profesional como del paciente, después de obtener su consentimiento.

En España existen dos experiencias con una gran proyección de futuro: el REGIPREV y el SIDIAPI:

- El REGIPREV<sup>7</sup> es una plataforma impulsada por la red IAPP (red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud) y con la colaboración del PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud), que ha llegado a acuerdos con varias CCAA para crear una gran base de datos, con información de diversas actividades preventivas y distinta información de la AP. El objetivo de esta plataforma es desarrollar proyectos de investigación focalizados en las actividades preventivas realizadas en AP. Actualmente participan cinco CCAA: Aragón, Navarra, Cataluña, Baleares y Castilla-La Man-

cha, con información de más de un millón de personas. Cada comunidad selecciona aleatoriamente 22 zonas básicas de salud de las que se obtiene toda la información de forma «anonimizada». En la actualidad se intenta ampliar la base de datos a otras CCAA.

- El SIDIAPI es una base de datos creada en el año 2010 a partir de la colaboración entre el *Institut Català de la Salut* (ICS) y el IDIAP Jordi Gol, con el soporte de la redIAPP (<http://www.idiapjgol.org/sidiap.php>). La población de referencia son los 5,8 millones de usuarios asignados a la AP del ICS (80% de Cataluña). Para todos ellos dispone de la información incluida en la historia clínica informatizada eCAP, así como de los resultados de laboratorio y los datos de facturación de farmacia. Además, para determinados estudios, también se puede obtener información de otras fuentes de información como el CMBDAH (Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias), los datos de mortalidad o los de otros registros (poblacional de cáncer, de artroplastias). En la actualidad tiene más de 15 proyectos en marcha.

En la presentación se comentarán las características y el funcionamiento de estas bases de datos, así como el potencial que tienen para la investigación.

#### Referencias bibliográficas

1. Lawrenson R, Williams T, Farmer R. Clinical information for research; the use of general practice databases. *J Public Health Med.* 1999;21(3):299-304.
2. Jick H, Jick SS, Derby LE. Validation of information recorded on general practitioner based computerised data resource in the United Kingdom. *BMJ.* 1991;302(6779):766-8.
3. Langley TE, Szatkowski L, Gibson J, et al. Validation of The Health Improvement Network (THIN) primary care database for monitoring prescriptions for smoking cessation medications. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2010;19(6):586-90.
4. Hippisley-Cox J, Stables D, Pringle M. QRESEARCH: a new general practice database for research. *Inform Prim Care.* 2004;12(1):49-50.
5. Hollowell J. The General Practice Research Database: quality of morbidity data. *Popul Trends.* 1997;(87):36-40.
6. Bellón Saameño JA. Grandes bases de datos poblacionales para la investigación en atención primaria: «jugamos con ventaja». *Aten Primaria.* 2010 Nov;42(11):549-51.
7. Bolívar B, Pareja C, Astier-Peña MP, Morán J, Rodríguez-Blanco T, Rosell-Murphy M, et al. Variability in the performance of preventive services and in the degree of control of identified health problems: A primary care study protocol. *BMC Public Health.* 2008;8:281.

#### Análisis bibliométrico de la producción científica internacional sobre Atención Primaria

C. Carratala Munuera

Existe la creencia de que la investigación en Atención Primaria (AP) de Salud es una causa perdida y de incierto futuro<sup>1-5</sup>. También se han descrito dificultades para investigar en AP, como la falta de incentivos económicos, de tiempo por la sobrecarga asistencial y de suficientes estructuras de apoyo a la investigación<sup>6</sup>. Sin embargo, la AP está siendo impulsada en numerosos países y su importancia es remarcada a nivel internacional por las instituciones sanitarias y las sociedades científicas<sup>7</sup>. Hay que destacar también que la investigación en AP resulta de gran aplicación a la práctica clínica por estar relacionada con la evolución natural de la enfermedad, las características clínicas y terapéuticas de los problemas de salud o factores de riesgo más frecuentes en la

población, las actividades preventivas, así como con temas organizativos y la visión integral de la salud, incluidos los temas sociosanitarios.

Los estudios bibliométricos<sup>8,9</sup>, realizados mediante el análisis de los indicadores bibliométricos, se han convertido en un instrumento fundamental de apoyo a la gestión de la política científica y tecnológica en los países más desarrollados. Concretamente el área de ciencias biomédicas y de la salud ha sido objeto de muchos estudios por su interés social y las repercusiones sobre la calidad de vida de los ciudadanos, pero hay pocos centrados en AP y menos aún de ámbito internacional.

El objetivo de este estudio es mostrar el panorama internacional de la producción científica en el ámbito de la AP en el período 1985-2004, analizar el índice de productividad de los autores, así como la participación de los sectores institucionales, países, idiomas, y revistas implicadas, con su factor de impacto.

Para ello se realizó un análisis bibliométrico, retrospectivo. La unidad del estudio fue el trabajo de investigación, definido como la publicación realizada en una revista periódica de temática sobre Atención Primaria (*Primary Health Care*) indexada en una base de datos bibliográfica internacional de ciencias de la salud. Como fuente para la identificación de trabajos se ha utilizado la base de datos *Medline*. La búsqueda se realizó durante el año 2006 y comprendió como última actualización el 15 de abril. Se analizan dos períodos: el evolutivo 1985-2004 y el quinquenio 2000-2004 (primer quinquenio del siglo XXI). Se decidió diseñar una búsqueda basada fundamentalmente en el campo «*MesH Major*» con los siguientes descriptores: *Primary Care* o *Primary Health Care*; *Family Practice*; *Physicians Family*; *Nurse Practitioners*.

Para el análisis del factor de impacto se consultó la base de análisis bibliométrico *ISI Journal Citation Reports* del año 2005, que presenta datos estadísticos que proporcionan información de manera sistemática y objetiva para determinar la importancia relativa de las revistas dentro de sus áreas temáticas o categorías.

De cada registro se recogieron y analizaron las siguientes variables: 1) título de la revista, 2) año de la publicación, 3) apellidos e iniciales de los autores, 4) número de autores, 5) primer firmante en el trabajo, 6) institución o centro de trabajo del primer firmante, 7) descriptores principales o *MesH Major*, 8) país, 9) idioma de la publicación, y 10) tipo de documento. La temática se analizó mediante los descriptores o *MesH*, se categorizó en temas clínicos, organizativos, docentes y varios. Para la clasificación de los temas clínicos se utilizó la Clasificación Internacional de Atención Primaria CIAP-2.

Una vez analizados los resultados, se ha comprobado que, en términos generales todavía es una disciplina emergente, aunque en países como Inglaterra, Canadá, EE. UU. y Países Escandinavos la investigación en AP está consolidada y tiene visibilidad. En otros, como España o Italia, todavía está en estado emergente y hay menos visibilidad, aunque existe una producción aceptable. Las estructuras de investigación en los países consolidados recaen en la universidad y en concreto en los departamentos universitarios de Medicina de Familia en donde existen unidades de investigación específicas para AP.

Los máximos productores a nivel internacional son: Grol R, con 84 trabajos; Katon W, con 60 trabajos; Green LA, con 48 trabajos; Olesen F, con 46 trabajos; y Tumolo J, con 44 trabajos. El número de trabajos con firma fue de 20.355, con un total de firmas de 63.724; la media de firmas/trabajo fue de 3,13. El 49% de los trabajos presentó una o dos firmas solamente. El número de firmas por trabajo ha evolucionado (1985-2004) de 1,6 a 3,2.

Se debe destacar el aumento de los estudios experimentales, como los ECA en AP, que significa mayor calidad en las investigaciones realizadas.

La investigación es una actividad multidimensional, tanto en su naturaleza como en sus resultados, que tienen una vertiente científica, pero también económica, tecnológica y social; y no se puede olvidar que la actividad investigadora en AP coexiste con la actividad docente o asistencial.

Se debe seguir avanzando en los estudios bibliométricos internacionales<sup>10</sup>, para profundizar en aspectos específicos, como la influencia de diferentes modelos de gestión o la valoración de intervenciones para vencer las barreras que dificultan la investigación en AP. En cualquier caso, como se dice en un reciente informe, la promoción de la investigación en AP pasa por crear infraestructuras estables, facilitar acceso a las bases de datos, y desarrollar una política de becas así como de formación específica.

### Referencias bibliográficas

1. Howe A. Is primary care research a lost cause? *Lancet*. 2003 Apr 26;361(9367):1473-4.
2. Martin JC, Avant RF, Bowman MA, Bucholtz JR, Dickinson JR, Evans KL, et al.; Future of Family Medicine Project Leadership Committee. The Future of Family Medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Ann Fam Med*. 2004 Mar-Apr;2 Suppl 1:S3-32.
3. Gray DP. Research in general practice, achievements in the past and possibilities for the future. *Scand J Prim Health Care Suppl*. 2002 Mar;20(1):2-5.
4. Herbert CP. The future of family medicine: research. *J Fam Pract*. 2001 Jul;50(7):581-3.
5. Ovhd I, van Royen P, Hakansson 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. Review.
6. Gómez de la Cámara A, Gabriel R, Pozo F, Marín E, Ricoy JR. [An analysis of research projects on primary care presented to the Fondo de Investigación Sanitaria during 1991]. *Aten Primaria*. 1993 Jan;11(1):8-15.
7. van Royen P, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis C, Peremans L, et al. Series: The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 5: Needs and implications for future research and policy. *Eur J Gen Pract*. 2010 Dec;16(4):244-8. Review.
8. Navarro Pérez J. Búsqueda y análisis de la literatura biomédica. Manuales de referencia de Atención Primaria. Madrid: Doyma, S.A.; 1999.
9. Falagas ME, Michalopoulos AS, Bliziotis IA, Soteriades ES. A bibliometric analysis by geographic area of published research in several biomedical fields, 1995-2003. *CMAJ*. 2006 Nov 21;175(11):1389-90.
10. Jelercic S, Lingard H, Spiegel W, Pichlhöfer O, Maier M. Assessment of publication output in the field of general practice and family medicine and by general practitioners and general practice institutions. *Fam Pract*. 2010 Oct;27(5):582-9. Epub 2010 Jun 16. PubMed

### TALLER 1

#### Factor de impacto y publicaciones científicas

Jueves, 9 de junio / 15.30-19.30 h  
Hotel Romareda. Planta -1 / Sala A

#### Docentes:

**Yolanda López del Hoyo**

Licenciada en Psicología. Doctora en Psicología. Universidad de Zaragoza.

**Bárbara Oliván Blázquez**

*Licenciada en Psicología. Diplomada en Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Doctora en Psicología. Universidad de San Jorge.*

**Objetivos**

*General:* conocer en profundidad en qué consiste el factor de impacto de las publicaciones científicas y cómo se consulta con el objetivo de maximizar el impacto de nuestros artículos científicos. Conocer las herramientas para poder publicar en revistas electrónicas.

*Específicos:*

- Qué es el factor de impacto y otras medidas de impacto científico.
- Dónde y cómo podemos consultar el factor de impacto: bases de datos.
- Seleccionar publicaciones con impacto.
- Criterios para seleccionar revistas sin índice de impacto: otros índices de calidad.
- Publicaciones y factor de impacto.
- Cómo enviar artículos para publicaciones electrónicas.

**TALLER 2****Cómo poner en marcha un ensayo clínico y no morir en el intento**

Jueves, 9 de junio / 15.30-18.30 h  
Hotel Romareda. Planta -1 / Sala C

**Docentes:**

**M.<sup>a</sup> Natividad González Viejo**

*Médico de familia. CS Torre Ramona. Zaragoza.*

**Jesús Magdalena Belío**

*Médico de familia. Miembro del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón.*

**Montserrat León Latre**

*Médico de familia. Servicio Aragonés de Salud.*

**Objetivos**

*General:* adquirir los conocimientos y habilidades necesarias, desde una perspectiva práctica, para realizar ensayos clínicos en Atención Primaria.

*Específicos:*

- Identificar los diferentes tipos de ensayos clínicos.
- Conocer la legislación aplicable y las normas éticas de referencia de los ensayos clínicos con medicamentos.
- Identificar el papel y la responsabilidad de los distintos profesionales que intervienen en el desarrollo de un ensayo clínico.
- Gestionar un ensayo: desde la idea científica al cierre del ensayo.



# Aula docente

## MESA 1

### Unidades docentes multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria

Miércoles, 8 de junio / 12.00-14.00 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Luis Galve

#### Moderador:

**Francisco José Pablo Cerezuela**

*Técnico de Salud. UD de MFyC del Sector II de Zaragoza.*

#### Ponentes y contenido:

1. Marco legal y condiciones óptimas donde se desarrollarán las UDM-AFyC

**Epifanio de Serdio Romero**

*Jefe de estudios. UD de MFyC de Sevilla.*

2. Visión de la creación de una UDM-AFyC desde la perspectiva de una unidad docente de MFyC

**Covadonga López Truebano**

*Jefe de estudios. UD Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Asturias.*

3. Análisis de la creación de una UDM-AFyC desde la perspectiva del profesional de enfermería que se incorpora. Oportunidades para el cambio

**Enrique Oltra Rodríguez**

*Comisión Nacional de Enfermería Familiar y Comunitaria.*

*UD Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Asturias.*

#### Resumen

El 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, establece que se formarán en la misma unidad docente (UD) las especialidades que, aun requiriendo para su acceso distinta titulación universitaria, incidan en campos asistenciales afines, creando además de otras, las Unidades docentes multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria (UDM-AFyC) en las que se formarán médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) y enfermeros especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria.

En esta mesa se presenta el escenario legal en el que se desarrollaran dichas unidades y se hace mención a las nuevas estructuras que se deben de crear para que todo funcione, en especial las subcomisiones de Enfermería y Medicina. También se presentan los requisitos de acreditación propuestos para que dichas unidades puedan ser acreditadas por los órganos pertinentes.

La segunda parte de la mesa presenta los pasos que se han seguido en una UD de MFyC en su transformación en UD multiprofesional. Desde un punto de vista de análisis crítico se presentan las amenazas, dificultades, oportunidades y áreas de mejora que se han visto en dicho proceso. Y esto se hace desde la visión de un jefe de estudios de una UD de MFyC y desde un profesional de Enfermería que se incorpora a la nueva Unidad.

La mesa pretende mostrar a modo de conclusiones las dificultades que se han podido encontrar en el camino y la forma que han elegido para solucionarlas.

La oportunidad que se tiene de trabajar de forma conjunta y en equipo en la formación de especialistas que van a desarrollar su trabajo en el mismo campo asistencial, se vive como una gran oportunidad de mejora que permitirá aumentar la excelencia de los Programas formativos de ambas especialidades en ciencias de la salud.

## FORO DOCENTE

### Aportaciones y estrategias en el desarrollo de la formación del Grado en Medicina

Miércoles, 8 de junio / 16.30-19.00 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Luis Galve

#### Con la colaboración de:



Cátedra UNIZAR-Novartis de Docencia e Investigación en Medicina de Familia

#### Moderador:

**José Luis Hortells Aznar**

*Médico internista. Profesor titular de Medicina. Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología. Facultad de Medicina de Zaragoza.*

#### Resumen

Los objetivos de este foro son:

- Intercambiar experiencias entre los participantes sobre aspectos organizativos y metodologías docentes en la formación del médico con especial referencia a los aspectos relacionados con formación clínica.
- Profundizar en el debate sobre la utilización de los diferentes entornos docentes y su adecuación para la adquisición de las competencias profesionales.

#### Ponentes y contenido:

1. Experiencias del cambio curricular.

Grado de Medicina actual

**José Carreras Barnés**

*Catedrático de Bioquímica y Biología Molecular. Departamento de Ciencias Fisiológicas I de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.*

- ¿Partimos de un buen diseño curricular para el nuevo grado?
- ¿Qué pretendemos mejorar, en relación al aprendizaje de los alumnos con el nuevo grado?
- ¿Qué hemos conseguido con este nuevo diseño?
- ¿Cómo se trabaja el diseño para un auténtico cambio?
- Con los mismos elementos (actores y medio), ¿se puede conseguir más?
- ¿Cómo preparar y convencer a los alumnos, profesores, instituciones sanitarias para este cambio?
- ¿Qué ha supuesto el cambio? Referencia a los *practicum* en Medicina.

2. La formación del médico general en la Facultad de Medicina

- Organización, métodos pedagógicos y evaluativos. Estrategias formativas.
- ¿Cuáles son los aspectos más novedosos?
- ¿Cómo medir la mejora en la adquisición de conocimientos y competencias?

### 3. Relación médico-paciente. El valor de las competencias relacionales en el currículo de grado

**Pablo Bonal Pitz**

*Médico de familia. CS universitario de Bellavista. Coordinador pregrado en la UD de MFyC de Sevilla. Profesor del Departamento de Medicina de la Universidad de Sevilla.*

- ¿Cuál es el valor de las competencias emocionales en perfil profesional?
- ¿Cómo desarrollar la estrategia formativa en estos aspectos?
- ¿Cómo medir la adquisición de estas habilidades?

### 4. Evaluación en Medicina, orientación hacia la competencia clínica del grado. Diferentes metodologías. Referencia a portafolio y ECOE

**Tomás Escudero Escorza**

*Catedrático de Universidad. Área de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. Instituto de Ciencias de la Educación, Universidad de Zaragoza.*

- Valoración de diferentes herramientas evaluativas.
- ¿Cómo elaborar un plan evaluativo integral en la formación pregrado?
- ¿Qué aportan las diferentes opciones?

#### TALLER 1

### Metodología docente: de la guía a la presentación

Miércoles, 8 de junio / 15.30-18.30 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 8

#### Docentes:

**Eva Peguero Rodríguez**

*Médico de familia. CS El Castell, ABS Castelldefels-1. Barcelona. Miembro del Programa Comunicación y Salud de la semFYC.*

**Rosa Duro Robles**

*Médico de familia. CS Coll d'en Rabassa. Mallorca. Miembro del Programa Comunicación y Salud de la semFYC.*

#### Objetivos

*General:* dotar a los profesionales de herramientas de metodología docente para mejorar sus acciones formativas, especialmente aquellas dirigidas a grupos.

#### *Específicos:*

- Conocer las guías didácticas como herramienta de planificación de las actividades docentes, los diversos tipos y estrategias.

- Mejorar las técnicas de comunicación oral y presentación audiovisual.
- Trabajar las comunicaciones docentes para grupos, especialmente los aspectos de participación de los alumnos.

#### TALLER 2

### La seguridad del paciente: una competencia básica para los residentes de MFyC

Miércoles, 8 de junio / 15.30-18.30 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 9

#### Docentes:

**José Saura Llamas**

*Médico de familia. Técnico de Salud de la UD de MFyC de Murcia. Doctor en Medicina y Cirugía. Miembro del GdT Seguridad del Paciente de la semFYC.*

**María Pilar Marcos Calvo**

*Médico de familia. CS Delicias Norte, Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza. Miembro del GdT Seguridad del Paciente de la semFYC y de la SAMFYC.*

#### Objetivos

*General:* desarrollar el Programa de Formación de los Residentes de MFyC y facilitar la adquisición de competencias, mejorando sus conocimientos, habilidades y actitudes en relación a la seguridad de los pacientes y la prevención de los errores clínicos.

#### *Específicos:*

- Conocer los conceptos de seguridad de los pacientes, de error clínico, de prevención de los errores médicos y las relaciones entre ellos. Importancia de las actitudes de los profesionales.
- Formación básica en la importancia del problema de los errores clínicos y en estrategias para la prevención de los mismos para mejorar la seguridad de los pacientes.
- Iniciar una estrategia de la Unidad Docente de MFyC de Murcia para instaurar esta línea de trabajo como prioritaria. Y dar lugar a actividades docentes y de investigación, dirigidas a la formación de profesionales de salud y residentes de MFyC.
- Aprender a integrar el enfoque de este problema en el ejercicio clínico cotidiano entre los médicos de familia y en los centros de salud.

# Talleres clínicos interactivos

## //// TCI 1

### Abordaje sindrómico de enfermedades tropicales según procedencia geográfica

Viernes, 10 de junio / 15.30-17.30 h

Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala Mariano Gracia

#### Docentes:

##### Angelique Robert

*Médico de familia. Miembro del GdT Atención al Inmigrante de la SAMFYC. Netherlands tropical Course. Netherlands School of public Health, Utrecht.*

##### Dolores Idáñez Rodríguez

*Médico de familia. Coordinadora del GdT Atención al Inmigrante de la SAMFYC. Miembro del GdT Inmigración y Salud de la semFYC.*

##### Eva Eyzaguirre Cáceres

*Médico de familia. CS Jadraque. Guadalajara. Máster de Medicina tropical y Salud Internacional en la Universidad de Barcelona.*

##### Mónica Lasheras Barrio

*R4 de MFyC del Sector II. CS San Pablo. Zaragoza.*

#### Objetivos

*General:* adquirir y mejorar los conocimientos del médico de familia en Medicina tropical que le permita abordar los principales síndromes que puede presentar la población pro-

cedente del trópico, ya sea originaria o viajero, teniendo en cuenta el país de procedencia.

#### *Específicos:*

- Conocer las enfermedades infecciosas más prevalentes y representativas que pueden presentar los pacientes que vienen de países del trópico.
- Conocer el abordaje diagnóstico y terapéutico de los principales síndromes orgánicos que pueden presentar (fiebre, diarrea, eosinofilia, anemia y lesiones dermatológicas).
- Adquirir conocimientos para establecer un diagnóstico diferencial ante un mismo síndrome según el país de procedencia del paciente.

## //// TCI 2

### Casos interactivos dermatológicos de interés en Atención Primaria

Jueves, 9 de junio / 12.00-14.00 h

Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala Mariano Gracia

#### Docente:

##### Jesús Borbujo Martínez

*Jefe de Servicio de Dermatología del Hospital de Fuenlabrada. Madrid.*

#### Objetivos

*General:* mejorar los conocimientos en diagnóstico y terapéutica de diferentes enfermedades dermatológicas.

#### *Específicos:*

- Analizar las derivaciones de las patologías dermatológicas más prevalentes.
- Definir criterios de derivación en la patología dermatológica que se presenta.
- Definir la terapia con más evidencia científica en la patología dermatológica más prevalente.

## Talleres de habilidades

### TALLERES DE 2 HORAS

#### //// TH2.01

### Abordaje del deseo sexual hipoactivo en la consulta de Atención Primaria. ¿Te atreves?

- A) Jueves, 9 de junio / 15.30-17.30 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 1  
B) Jueves, 9 de junio / 18.00-20.00 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 1

#### Docentes:

##### Belén Sáez-Guinea Ruiz

Psicóloga especialista en Psicología Clínica en la Universidad de Salamanca. Posgrado en Orientación y Terapia Familiar en la Universidad de Salamanca. Posgrado en Sexología en la Universidad de Montreal (Canadá).

##### M.ª Antonia Sánchez Calavera

Médico de familia. Doctora en Medicina y Cirugía. Posgrado de Educación Sexual en la Universidad de Lérida.

#### Objetivos

*General:* dotar al profesional de Atención Primaria (AP) de herramientas para afrontar y manejar las consultas que realicen los pacientes sobre falta de deseo. Trabajar los aspectos claves de la falta de deseo desde un punto de vista orgánico y psicológico y su tratamiento.

#### *Específicos:*

- Favorecer el acercamiento de los profesionales de AP al tratamiento del deseo sexual hipoactivo.
- Desmitificar el concepto de trastorno sexual, evitando que el profesional ponga reparos a su abordaje y tratamiento.
- Aprender a valorar las causas que, en el entorno del paciente, favorezcan la aparición de este trastorno.
- Establecer el lugar que ocupa el deseo en el comportamiento sexual y su repercusión en el malestar de los pacientes.
- Potenciar el valor de la comunicación para abordar este trastorno y utilizarla como herramienta de tratamiento.
- Valorar los aspectos positivos de nuestra posición en AP, como la relación con el paciente y el conocimiento de su entorno, para favorecer el abordaje y el tratamiento correcto de este trastorno.

#### //// TH2.02

### Abordaje práctico de la patología del pie más frecuente en Atención Primaria

- A) Viernes, 10 de junio / 09.30-11.30 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 8  
B) Viernes, 10 de junio / 12.00-14.00 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 8

#### Docentes:

##### Francisco Beneyto Castelló

Médico de familia. CS de Manises. Valencia. Diplomado en Podología. Coordinador del GdT Cirugía Menor de la SVMFiC. Miembro del GdT Cirugía Menor de la semFYC. Responsable del Programa de Cirugía Menor del Área 6 de Valencia. Director y profesor de diversas ediciones de cursos de Cirugía Menor de semFYC, SVMFiC, EVES, etc.

#### Manuel Batalla Sales

Médico de familia. CS Rafalafena. Castellón. Miembro del GdT Cirugía Menor de la SVMFiC. Responsable del Programa de Cirugía Menor del Área 02 de Castellón. Responsable y profesor de diversas ediciones de cursos de Cirugía Menor y Dermatología de la semFYC, SVMFiC, EVES, etc.

#### Joaquín Navarro Badenes

Médico de familia. CS Trinitat. Valencia. Miembro del GdT Cirugía Menor de la SVMFiC. Responsable del Programa de Cirugía Menor del CS Trinitat de Valencia. Profesor de diversas ediciones de cursos de infiltraciones y vendajes funcionales de la semFYC, SVMFiC, EVES, etc.

#### Objetivos

*General:* aumentar la capacidad resolutoria de los médicos de Atención Primaria (AP) en lo referente al manejo de la patología del pie, mediante la realización de una correcta exploración, el uso adecuado de técnicas diagnósticas complementarias y el conocimiento y la aplicación de técnicas, habilidades y procedimientos terapéuticos al alcance de los médicos de AP.

#### *Específicos:*

- Realizar una adecuada exploración física y contribuir al uso adecuado de técnicas exploratorias complementarias para el correcto diagnóstico de la patología más frecuente del pie en AP.
- Adquirir destreza en el diagnóstico y tratamiento médico-quirúrgico de la patología dermatológica del pie frecuente en AP.
- Adquirir o mejorar habilidades en el manejo de la patología quirúrgica ungueal.
- Mejorar los conocimientos sobre la prescripción de ortesis en patología musculoesquelética del pie en AP.
- Adquirir o mejorar destreza en el uso práctico de vendajes funcionales y el manejo de técnicas de infiltración local en la patología del pie susceptible de este tratamiento en AP.

#### //// TH2.03

### Abordaje práctico de la obesidad en Atención Primaria

- A) Viernes, 10 de junio / 12.00-14.00 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 10  
B) Viernes, 10 de junio / 15.30-17.30 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 10

#### Docentes:

##### José Ignacio Ramírez Manent

Médico de familia. CS de Calvià. Mallorca. Doctor en Medicina y Cirugía. Tutor de UD de MFyC de Mallorca. Miembro del Grupo de Educación para la Salud del PAPPs y del GdT Actividad Física de la semFYC.

##### Ricardo Ortega Sánchez-Pinilla

Médico de familia. CS Santa Bárbara. Toledo. Coordinador del GdT Actividad Física y Salud de la semFYC.

#### Objetivos

*General:* dotar a los asistentes de las destrezas necesarias para llevar a cabo una consulta programada de obesidad con las mayores posibilidades de éxito para que pierda peso el paciente.

#### *Específicos:*

- Valorar la predisposición a perder peso.
- Hacer una encuesta de hábitos de vida.
- Calcular el gasto energético diario habitual del paciente.

- Calcular el balance energético negativo a inducir para la pérdida de peso.
- Elaborar una dieta personalizada según los gustos y necesidades del paciente.
- Recomendar un régimen de actividad física.
- Valorar las posibilidades de los fármacos.
- Llevar a cabo un seguimiento que aumente o refuerce la motivación del paciente.

#### //// TH2.04

### Intervención neuroreflejo-terápica en Atención Primaria

Viernes, 10 de junio / 15.30-17.30 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 7

#### Docente:

**Francisco M. Kovacs**

*Director de la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda. Doctor en Medicina por la Universidad de Barcelona. Responsable de actividades docentes e investigadoras y director del Departamento Científico de la Fundación Kovacs, Palma de Mallorca.*

#### Objetivos

*General:* familiarizar al asistente con la intervención neuroreflejo-terápica y sus indicaciones.

*Específicos:* al terminar el taller, el asistente sabrá:

- Qué es la intervención neuroreflejo-terápica.
- El mecanismo fisiológico que explica su efecto.
- Sus indicaciones clínicas y los criterios y mecanismos de derivación desde Atención Primaria.
- Las pruebas científicas que respaldan su uso.
- Cómo se realiza en la práctica del Sistema Nacional de Salud.

#### TALLERES DE 4 HORAS

#### //// TH4.01

### Habilidades de *coaching* para médicos

A) Miércoles, 8 de junio / 15.30-19.30 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 1  
B) Jueves, 9 de junio / 09.30-14.00 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 1

#### Docentes:

**Alberto Pardos Cañardo**

*Licenciado en Medicina y Cirugía. Diplomado en Medicina Tropical y Salud Pública. Miembro docente del Programa de Comunicación y Salud de la semFYC.*

**Blanca Porres de la Asunción**

*Médico de familia. Miembro del Programa de Comunicación y Salud de la semFYC.*

#### Objetivos

*General:* presentar la metodología de desarrollo personal/profesional basada en el *coaching*, e indicar sus posibles aplicaciones en el mundo sanitario.

*Específicos:*

- Conocer qué es el *coaching*, cuál es la estructura de su proceso y las herramientas que emplea.
- Conocer la intencionalidad que subyace en un proceso de *coaching*.
- Conocer ejemplos de los distintos tipos de *coaching*.
- Conocer la aplicabilidad del *coaching* en el ámbito sanitario,

en dos niveles: como herramienta de desarrollo de los profesionales y como herramienta de aplicación a los pacientes.

#### //// TH4.02

### Utilidades de la ecografía en la patología de hombro y rodilla

A) Jueves, 9 de junio / 09.30-14.00 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 6  
B) Viernes, 10 de junio / 09.30-14.00 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 6

#### Docentes:

**Jesús Rodríguez González**

*Coordinador del GdT Ecografía de la OSATZEN.*

**M.<sup>a</sup> Eugenia Azpeitia Serón**

*Médico de familia. Unidad de Atención Primaria de Salcedo. Álava. Miembro del GdT Ecografía de la OSATZEN.*

#### Objetivos

*General:* divulgar la ecografía entre todos los profesionales de Atención Primaria (AP) y promover su comprensión y en algunos casos su utilización a partir de las ventajas que esta técnica presenta por sus características de inocuidad, bajo coste, y efectividad y eficiencia para el estudio de la patología músculo-tendinosas, en especial de hombro, rodilla y tobillo. Facilitar una mayor autonomía y capacidad diagnóstica del médico general, mediante el uso de esta técnica, y posibilitar un diagnóstico más precoz y preciso, y descartar patologías que redunden tanto en beneficio del paciente, por su mayor poder resolutivo, como en beneficio del sistema sanitario, por el ahorro en costes alcanzado.

*Específicos:*

- Facilitar la formación necesaria a los médicos de AP, para:
  - Conocer los principios físicos básicos que sustentan esta técnica, así como la terminología básica, las imágenes elementales y los artefactos posibles de la ecografía.
  - Conocer la técnica de exploración ecografía musculoesquelética, así como las imágenes normales de la ecoestructura de tejidos y órganos de éstas.
  - Conocer el diagnóstico ecográfico de las lesiones patológicas de hombro, rodilla.
- Realizar al menos una exploración ecográfica de hombro, rodilla, a un modelo adulto sano según el patrón de exploración enseñado.

#### //// TH4.03

### ¿Dónde están los pacientes y las prácticas de riesgo en Atención Primaria?

A) Jueves, 9 de junio / 15.30-19.30 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 6  
B) Viernes, 10 de junio / 09.30-14.00 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 1

#### Docentes:

**Guadalupe Olivera Cañadas**

*Médico de familia. Técnico de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad de Atención Primaria de Madrid. Miembro del GdT Seguridad del Paciente de la semFYC.*

**Juan José Jurado Balbuena**

*Enfermero de familia. CS Cuzco. Fuenlabrada (Madrid). Miembro del GdT Seguridad del Paciente de la semFYC.*

## Objetivos

*General:* dotar a los alumnos de conocimientos básicos en gestión y mejora de la seguridad del paciente con el fin de incorporar la cultura de seguridad del paciente en el trabajo diario que desarrollan los médicos de familia. Todo ello, enfocado a la mejora de la calidad en la prestación de servicios a los usuarios del sistema sanitario.

*Específicos:*

- Conocer que son los incidentes de seguridad relacionados con el paciente, tanto los que tienen un riesgo potencial como los que finalmente llegan al paciente y pueden provocarle daño.
- Conocer qué tipos de incidentes de seguridad del paciente son más frecuentes en la asistencia sanitaria que se da en Atención Primaria.
- Conocer cuáles son sus factores contribuyentes y su impacto.
- Capacitar a los alumnos para poder identificar los incidentes de seguridad del paciente en su ámbito de trabajo. Identificar las características del paciente y del proceso asistencial en los pacientes que sufren episodios adversos relacionados con la asistencia sanitaria.
- Dar a conocer las herramientas disponibles para la notificación de los incidentes de seguridad del paciente.
- Dar a conocer herramientas sencillas que sirven para el análisis de los factores contribuyentes y otras herramientas que pueden ayudar a evitar los riesgos asociados a la asistencia sanitaria en la Atención Primaria.

### //// TH4.04

## Cómo dar un consejo de salud en la consulta

Miércoles, 8 de junio / 15.30-19.30 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 6

**Docentes:**

**Francisco Camarells Guillem**

*Médico de familia. CS Infanta Mercedes. Madrid. Doctor en Medicina, por la Universidad de Alcalá (Madrid). Tutor de la UD de MFyC Área Norte Madrid. Miembro del Grupo de Educación para la Salud del PAPPs.*

**Damián Díaz Herráez**

*Médico de familia. CS Torrejoncillo. Cáceres.*

## Objetivos

*General:* capacitar a los profesionales sanitarios de Atención Primaria para aconsejar de forma efectiva a la población a la que atienden en relación a cambios en los estilos de vida.

*Específicos:*

- Conocer los consejos que han demostrado ser efectivos para ayudar a cambiar estilos de vida desde los centros de Atención Primaria.
- Utilizar estos consejos de la forma más adecuada posible y más adaptada a las características de la persona a la que se atiende y a la propia práctica.
- Integrar el consejo sanitario en la práctica clínica y con otras actividades/recursos relacionados: sistemas de registro, materiales escritos de educación sanitaria, actividades grupales, etc.
- Potenciar las habilidades de comunicación de los profesionales para preguntar, escuchar activamente, empatizar, reforzar, resumir y retroalimentar.

## TALLERES INFORMÁTICOS

### //// TALLER INFORMÁTICO 1

## Herramientas en la red de apoyo a la consulta

A) Miércoles, 8 de junio / 16.00-20.00 h

Hospital Miguel Servet. Aula Informática

B) Jueves, 9 de junio / 09.30-14.00 h

Hospital Miguel Servet. Aula Informática

**Docentes:**

**Ernesto Barrera Linares**

*Médico de familia. Docente en cursos de Gestión de la Información con Nuevas Herramientas de Internet y participa en planes de formación de posgrado de diferentes instituciones y organizaciones.*

**Idoia Alcorta Michelena**

*Médico de familia. Miembro del GdT Medicina basada en la Evidencia (MBE) de la semFYC.*

**Rafael Rotaeché del Campo**

*Médico de familia. Coordinador del GdT Medicina basada en la Evidencia (MBE) de la semFYC.*

## Objetivos

*General:* proporcionar conocimientos y habilidades sobre las herramientas que han aparecido alrededor del nuevo concepto de uso de internet Web 2.0 y aplicarlas a la gestión del conocimiento, la docencia y la investigación en ciencias de la salud.

*Específicos:*

- Facilitar el acceso y gestión de la información:
  - Sindicación de contenidos (RSS): qué es y para qué sirve.
  - Agregadores de RSS: qué son y para qué sirven. Netvibes y Google Reader.
  - Mostrar páginas sanitarias que utilizan la sindicación de contenidos.
  - Redes sociales: qué son y para qué sirven. Enseñar una de ellas (Connotea).
- Aplicar herramientas para optimizar el intercambio de información y el trabajo colaborativo:
  - Elementos de trabajo compartido con las utilidades de Google: Google Docs, Google Sites y Google Groups.
  - Compartir archivos mediante Dropbox.
- Enseñar algunas de las posibilidades del navegador Mozilla Firefox: traducción de idiomas, trabajar con pestañas, gestor de bibliografía, personalizar la barra de buscadores, etc.
- Introducir al uso de estas nuevas utilidades en los dispositivos Smartphone.

### //// TALLER INFORMÁTICO 2

## Otra forma de aprender y enseñar. Cuando la distancia no es un problema. El aprendizaje en entornos virtuales

A) Jueves, 9 de junio / 15.30-19.30 h

Hospital Miguel Servet. Aula Informática

B) Viernes, 10 de junio / 09.30-14.00 h

Hospital Miguel Servet. Aula Informática

**Docentes:****José Antonio Prados Castillejo**

Médico de familia. CS Lucano. Córdoba. Doctor en Medicina. Promotor del grupo Esfera para la formación e investigación en Second Life. Profesor del Programa Comunicación y Salud de la semFYC, de la Fundación Avedis Donavedian, Lavante y EASP.

**Marta Sánchez-Celaya del Pozo**

Médico de familia. Directora de Continuidad Asistencial del Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. Exjefe de estudios de la UD de MFyC del Área 1, SERMAS. Diplomada superior en Metodología de Investigación Clínica. Colaboradora en el grupo Esfera para la formación e investigación en Second Life.

**Objetivos**

**General:** capacitar a los participantes para el uso de nuevas herramientas (entornos web inmersivos) como soporte a la formación en el ámbito de la Medicina de Familia. Se aportarán utilidades, ventajas y limitaciones de la enseñanza y el aprendizaje en entornos 3D, así como claves para la docencia en los mismos.

**Específicos:**

- Identificar y valorar la utilidad de determinados entornos inmersivos para el desarrollo de estrategias de formación.
- Aplicar y practicar las posibilidades de un entorno 3D en el metaverso Second Life, como ejemplo de ámbito inmersivo.
- Plantear una actividad básica de formación desde una doble perspectiva: docente y discente.
- Identificar la herramienta como plataforma de trabajo colaborativo en formación e investigación.

**GYMKHANA DE URGENCIAS**

- A) Jueves, 9 de junio / 09.30-14.00 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Salas 8 y 10  
B) Jueves, 9 de junio / 15.30-19.30 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Salas 8 y 10

La *Gymkhana* de Urgencias consta de 4 talleres de 1 hora de duración cada uno:

1. Manejo del paciente con ictus.
2. Manejo del paciente con síndrome coronario agudo.
3. Soporte vital básico.
4. Manejo de la vía aérea básica y avanzada.

En 4 horas se recibirán cuatro talleres prácticos, con lo que el asistente recibirá una completa formación en Urgencias en sólo medio día de congreso. Se realizarán dos ediciones de la *Gymkhana* (jueves por la mañana y jueves por la tarde).

**Docentes:**

Todos los talleres estarán impartidos por docentes del Grupo de Trabajo de Urgencias y Atención Continuada (GUAC) de la semFYC y del Grupo de Urgencias SAMFYC.

**Jesús Arroyo Fernández de Aguilar**

Médico de familia. UME 1.1 de Badajoz. Miembro del GdT Urgencias y Atención Continuada de la semFYC. Coordinador del Programa ESVAP en Extremadura.

**Magdalena Canals Aracil**

Médico de familia. CS Las Calesas. Madrid. Miembro del GdT Urgencias de la SoMaMFyC y del GdT Urgencias y Atención Continuada de la semFYC. Coordinadora del Programa ESVAP en Madrid.

**Antonio Caballero Oliver**

Médico de familia. Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Miembro del GdT Urgencias y Atención Continuada de la semFYC.

**Juan Antonio Cordero Torres**

Médico de familia. UME 1.1 y Servicio de Urgencias en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Miembro del GdT Urgencias y Atención Continuada de la semFYC.

**M.<sup>a</sup> Antonia López Fernández**

Médico adjunto. SUAP Molina de Segura. Murcia.

**Fernando Souto Mata**

Médico de familia. Fundación Pública Urgencias Sanitarias (FPUS 061). Galicia.

**Javier Pueyo Val**

Médico de familia. UME de Zaragoza. Miembro del GdT Urgencias y Atención Continuada de la semFYC.

**Ayose Pérez Miranda**

Médico adjunto. Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Insular Materno-infantil de Gran Canaria. Monitorea en SVB del Programa ESVAP.

**Alba Riesgo García**

Médico adjunto. Servicio de Urgencias del Hospital Valle del Nalón. Langreo (Asturias). Especialista Universitario en Medicina de Urgencia y Emergencia. Monitorea de SVB del Programa ESVAP de la semFYC.

**Susana Ochoa Linares**

Médico de familia. Médico adjunto de Urgencias. Hospital San Jorge. Huesca. Monitorea de ESVAP y DESA. Instructora de AHA, SVB y SVA.

**Alejandro Bierge Valero**

Médico de familia. GAP Huesca. Monitor SVB del Programa ESVAP.

**Jorge Alcalá**

Médico de Atención Continuada. Utebo. Zaragoza.

**Rosario Bosch Puchades**

Médico de familia. Miembro del GdT Urgencias y Atención Continuada de la semFYC.

**M.<sup>a</sup> Luisa Valiente Millán**

Médico de familia. Miembro del GdT Urgencias y Atención Continuada de la semFYC.

**Objetivos**

**General:** adquirir conocimientos plenamente actualizados sobre urgencias según las últimas recomendaciones vigentes 2010-2011, y manejo práctico de habilidades de las mismas.

**Específicos:**

- Conocer las últimas actualizaciones en materia de urgencia.
- Aplicar las últimas recomendaciones en reanimación cardiopulmonar (RCP) y soporte vital según el *European Resuscitation Council* y el Consejo Español de RCP.
- Perfeccionar y aprender a realizar perfectamente las medidas adecuadas de soporte vital: masaje cardíaco, ventilaciones, posición lateral de seguridad, etc.
- Aprender a manejar el DEA (desfibrilador semiautomático) integrado con el soporte vital.
- Adquirir destreza en el manejo integral de la vía aérea en situaciones de urgencia, básica y avanzada.

- Optimizar el manejo de la vía aérea con el material disponible en Atención Primaria.
- Obtener un manejo integral sobre los accidentes cerebrovasculares, ictus.
- Conocer y manejar los llamados código ictus: tiempo y criterios de activación.
- Lograr un adecuado manejo inicial de las situaciones de cardiopatía isquémica aguda, angina, infarto..., del síndrome coronario agudo (SCA).
- Interpretación electrocardiográfica del paciente con SCA.

#### TALLER DRUMTEAM

### Un equipo de salud con ritmo: actividad rítmico-emocional

Viernes, 10 de junio

Sesión 1: 09.30-10.30 h

Sesión 2: 10.30-11.30 h

Sesión 3: 12.00-13.00 h

Sesión 4: 13.00-14.00 h

Sesión 5: 15.30-16.30 h

Centro Cívico Universidad

(C/ Violante de Hungría, 4. 50009 Zaragoza. Tel. 976 721 75)

#### Docentes:

La conducción de la actividad la llevan a cabo dos músicos facilitadores expertos de reconocido prestigio nacional e internacional docente.

#### Àngel Pereira

*Batería, Láminas Jazz & Ritmología. Percusionista colaborador con diferentes músicos de jazz, flamenco, canción y pop y con otros compositores e intérpretes de música clásica y contemporánea. Actúa con sus propios grupos: Ayatana, Cajonmanía, BCN Percussion Project y Kosmos Quartet. Pedagogo y fundador de L'Aula de Música Moderna i Jazz, y del Centre de Estudis Musicals de Barcelona. Profesor en la Universitat Pompeu Fabra. Autor de los métodos «Técnicas Básicas de Batería» y «Lectura Rítmica I». Codirector y profesor del curso Pirineos-percusión.*

#### Nan Mercader

*Étnica. Percusionista colaborador con diferentes músicos. Actúa con sus propios grupos de fusión flamenca, Ayatana y Cajonmanía, el trío Elektrik Consort. Pedagogo y autor del método «La percusión en el flamenco» y de los DVD didácticos «World Percussion». Profesor de Percusión Latina en la ESMUC y en el Berkelee College de Boston, EEUU. Creador, junto a Àngel Pereira, de «Percumanía». Codirector y profesor del curso de Pirineos-percusión.*

#### Justificación

El trabajo en equipo en Atención Primaria (AP) es fundamental. Los profesionales de los centros de salud lo sabemos bien. Si el equipo funciona, todo se desarrolla con más flui-

dez y nuestra mirada distinta de la realidad en la que nos movemos permite hacer un abordaje adecuado e integral del paciente y de la comunidad en la que vive. Pero trabajar codo a codo no es fácil y requiere de habilidades que no son innatas que hay que trabajar y cultivar. El trabajo en equipo nos lleva a mejorar la calidad de nuestra labor y para ello es imprescindible contar con un equipo de trabajo cohesionado, guiado por un mismo pulso, un ritmo unificador que dé confianza al grupo y estimule las individualidades en pro de un objetivo común. Las sesiones de *team building*-construyendo equipo, además de ser una excelente oportunidad para compartir momentos de carácter lúdico, establecen rápidamente un fuerte sentimiento de equipo y unidad. En ellas se trabajan aspectos clave para el buen funcionamiento de cualquier grupo de trabajo: dinámica de equipo, sincronía de grupo, creatividad del colectivo y mejora del rendimiento.

En el taller de Drumteam, los participantes experimentan con tambores y otros instrumentos de percusión de distintas partes del mundo. Juntos van creando en muy poco tiempo una pieza musical, lo que les proporciona un verdadero sentimiento de grupo y de logro personal. El entrenamiento rítmico es una herramienta de eficacia probada. Como resultado del éxito del trabajo realizado, los participantes cierran la sesión con un concierto colectivo: la prueba más evidente de la importancia de formar un equipo con ritmo.

#### Objetivos

*General:* aprender y desarrollar habilidades de trabajo en equipo a través del ritmo. Trabajar aspectos clave para el buen funcionamiento de cualquier grupo de trabajo: dinámica de equipo, sincronía de grupo, creatividad del colectivo y mejora del rendimiento.

#### *Específicos:*

- Estimular la **comunicación no verbal**. El ritmo estimula al equipo de trabajo en su búsqueda de nuevas formas de comunicación.
- Potenciar la **dinámica de equipo**. La práctica de distintos ritmos por separado y la posterior puesta en común de todos ellos ayuda a explorar las cualidades esenciales para formar un equipo.
- Descubrir la **importancia del individuo dentro del grupo**. Los participantes pasan a ser un miembro más del equipo, sin jerarquías preestablecidas. La aportación de cada persona, por pequeña que sea, contribuye inestimablemente al resultado final del objetivo marcado.
- Obtener el **máximo rendimiento**. Conforme los participantes van poniendo en sintonía y sumando las distintas energías para obtener un objetivo común, perciben la capacidad que tienen de superar sus propios límites.
- Comprender las **claves del éxito del grupo**. La iniciativa individual pasa a un segundo plano: deja paso a la escucha activa, a la sincronía del equipo y a la participación entusiasta.



# Encuentros con expertos y otras actividades

MIÉRCOLES, 8 DE JUNIO

## CURSO PRECONGRESO

### Curso en nutrición clínica en el ámbito comunitario

Hora: 09.30-18.30 h

Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 7

#### Moderadora:

**Lourdes Carrillo Fernández**

*Médico de familia. CS de la Victoria de Acentejo. Santa Cruz de Tenerife. Coordinadora del GdT Nutrición y Alimentación saludable de semFYC.*

#### Docentes:

**Julia Ocón Bretón**

*Especialista en Endocrinología y Nutrición. Unidad de Nutrición del Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.*

**Alejandro Sanz París**

*Especialista en Endocrinología y Nutrición. Unidad de Nutrición del Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

**Eva M.ª Fagundo Becerra**

*Médico de familia. Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM).*

#### Resumen

La nutrición es una disciplina no siempre abordada de forma adecuada en las facultades de medicina y en la Especialidad de Medicina de Familia, por lo que muchos médicos de familia, carecen de formación específica en nutrición, y en su aplicación tanto en la persona sana como en el paciente.

Por otro lado, la desnutrición es un problema importante que afecta cada vez a un mayor número de pacientes, condicionando por un lado la morbimortalidad y la calidad de vida del paciente, y por otro lado aumentando el gasto sanitario.

El médico de familia, en las consultas de Atención Primaria está en situación de reconocer los pacientes en riesgo nutricional, y ofrecerles una alternativa para mejorar su estado nutricional, así como realizar un adecuado seguimiento de los pacientes dados de alta de hospitales con cualquier tipo de soporte nutricional.

Para llevar a cabo este cometido son necesarios unos conocimientos oportunamente actualizados, tal y como ha quedado reflejado en encuestas de opinión, y en encuentros previos con otros compañeros, con ocasión de anteriores cursos y congresos.

#### Objetivo general

Contribuir a la mejora de la atención a los problemas nutricionales desde Atención Primaria y facilitar los conocimientos básicos para el diagnóstico y tratamiento de los principales problemas nutricionales atendidos en Atención Primaria.

#### Objetivos específicos

- Sensibilizar y concienciar a los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria de la importancia y

la trascendencia que tiene la desnutrición en el ámbito de la comunidad, población diana de sus cuidados asistenciales.

- Facilitar herramientas actualizadas imprescindibles en el cribado y la valoración nutricional.
- Aprender a elaborar estrategias de soporte nutricional especializado individualizado con suplementación oral y/o nutrición enteral, que incluyen la indicación, la selección de la fórmula, la selección de la vía de acceso y la monitorización.
- Conocer la importancia de los conceptos Interacción Medicamento Alimento, Interacción Alimento Medicamento e Interacción Fármaco – Nutriente.
- Posibilitar el procedimiento de administración de fármacos a través de sonda nasogástrica mediante una guía de administración.

Patrocinado por: **Abbot Nutrición**

## ENCUENTRO CON EXPERTOS 1

### Cuenta atrás para los nuevos anticoagulantes en fibrilación auricular

Hora: 16.00-17.30 h

Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Mozart

#### Moderador:

**José María Lobos Bejarano**

*Médico de familia. Área 1 de Atención Primaria de Madrid. Coordinador del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC.*

#### Ponentes y contenido:

1. Nuevos criterios de anticoagulación de las guías europeas. ¿Son aplicables y realistas para AP?

**Isabel Egocheaga Cabello**

*Médico de familia. Miembro del GdT Hipertensión Arterial de la semFYC.*

2. Aportaciones clínicas de los nuevos anticoagulantes

**José Ramón González Juanatey**

*Cardiólogo. Jefe de Servicio del Hospital Clínico de Santiago de Compostela. Miembro de la Sociedad Española de Cardiología (SEC).*

Patrocinado por: **Boehringer Ingelheim**

## ENCUENTRO CON EXPERTOS 3

### Aspectos clave en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2

Hora: 16.30-18.00 h

Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala Mariano Gracia

#### Moderador:

**Javier Díez Espino**

*Médico de familia. Tutor en la UD del CS de Tafalla. Navarra. Coordinador del GdT Diabetes de la SNAMFAP y miembro del GdT Diabetes de la semFYC.*

#### Ponentes y contenido:

1. Hipoglucemias: son un factor de riesgo CV?

**Carmen Suárez Fernández**

*Jefa de Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. Doctora en Medicina. Profesora titular de Medicina de la UAM. Responsable de la Unidad de Riesgo Vascular.*

## 2. ¿Existe inercia clínica en el tratamiento de la DM2? ¿Debemos evitarla?

**Domingo Orozco Beltrán**

*Médico de familia. CS San Blas. Alicante. Doctor en Medicina y Cirugía. Coordinador de la Unidad de Investigación del Departamento San Juan. Miembro del GdT Diabetes de la semFYC y de la SVMFiC.*

## 3. Inhibidores de la DDP4. Diferencias y similitudes

**Francisco Javier Escalada**

*Especialista en Endocrinología y Nutrición. Clínica de la Universidad de Navarra. Profesor en la Universidad de Navarra. Consultor en la Unidad de Diabetes.*

### Resumen

**Objetivo general:** en el entorno del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, orientar a los asistentes hacia los beneficios del inicio temprano de un tratamiento intensivo con el objetivo de evitar las complicaciones (sobretudo macrovasculares).

**Objetivos específicos:**

- Evidenciar que existe inercia clínica en el tratamiento de las patologías crónicas.
- Explicar que, en la medida de lo posible, el tratamiento debe ser personalizado buscando la eficacia y la máxima seguridad en los tratamientos.

Patrocinado por: **Almirall-Ferrer-MSD**

### SESIÓN PRÁCTICA 1

## El rol de los análogos de GLP-1 en el tratamiento de la diabetes

Hora: 17.00-19.00 h

Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 11

**Ponentes:**

**Esteban Jodar Gimeno**

*Endocrinólogo. Jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Quirón. Madrid.*

**Francisco Javier García Soidán**

*Médico de familia. CS Porriño. Pontevedra. Miembro del GdT Diabetes de la semFYC.*

### Resumen

**Objetivo general:** formación en el tratamiento de la diabetes especificando el rol de los Análogos de GLP-1.

**Objetivos específicos:**

- Definición de los Análogos de GLP-1, Mecanismo de Acción, Enmarque en los algoritmos del tratamiento de la diabetes.
- Manejo de los Análogos de GLP-1 en la consulta de Atención Primaria.
- Cómo vencer las barreras a un tratamiento inyectable: desde el profesional sanitario y desde el paciente.

Patrocinado por: **Lilly**

### ENCUENTRO CON EXPERTOS 2

## El seguimiento de los pacientes con fibrilación auricular: un objetivo compartido

Hora: 17.30-19.00 h

Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Mozart

**Moderadores:**

**José María Lobos Bejarano**

*Médico de familia. Área 1 de Atención Primaria de Madrid. Coordinador del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC.*

**Nekane Murga Eizagaetxebarria**

*Cardióloga. Hospital Civil de Basurto. Bilbao.*

**Ponentes y contenido:**

### 1. Caso clínico 1. Mujer hipertensa con episodio de arritmia

**José María Lobos Bejarano**

*Médico de familia. Área 1 de Atención Primaria de Madrid. Coordinador del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC.*

### 2. Caso clínico 2. Hombre de 72 años con disnea de esfuerzo

**Mariano de la Figuera von Wichmann**

*Médico de familia. CAP Sardenya. Barcelona.*

### 3. Caso clínico 1. Mujer hipertensa con episodio de arritmia

**Nekane Murga Eizagaetxebarria**

*Cardióloga. Hospital Civil de Basurto. Bilbao.*

Patrocinado por: **Sanofi Aventis**

### REFLEXIÓN EN TEMAS DE ACTUALIDAD

## La obesidad aquí y ahora. Nueva evidencia en el tratamiento de la obesidad / Estudio Prokal

Hora: 18.15-19.00 h

Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala Mariano Gracia

**Moderador:**

**Alberto Sacristán Rubio**

*Miembro del GdT Nutrición y Alimentación Saludable de la semFYC.*

**Ponente:**

**Basilio Moreno Esteban**

*Jefe del Servicio de Endocrinología del Hospital Gregorio Marañón. Madrid. Profesor asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.*

Patrocinado por: **Pronokal**

JUEVES, 9 DE JUNIO

### SESIÓN PRÁCTICA 2

## Actualización en el manejo de la hiperplasia benigna de próstata

Hora: 15.30-17.00 h

Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala Mariano Gracia

#### Moderador:

**Javier Valdepérez Torrubia**

*Médico de familia. CS Actur. Zaragoza.*

#### Ponentes y contenido:

1. Desterrando mitos: nuevos datos en el tratamiento de la HBP

**Luis Rodríguez Vela**

*Jefe de la Sección de Urología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

2. Facilitando el manejo asistencial de la HBP

**José María Molero García**

*Médico de familia. CS San Andrés. Coordinador del GdT de Urología de la SoMaMFyC.*

#### Resumen

*Objetivo general:* actualizar los conocimientos en Urología de los médicos de Atención Primaria referidos al diagnóstico de la Hiperplasia Benigna de Próstata, así como mejorar la cualificación profesional en técnicas de análisis diagnóstico y rutinas de decisión terapéutica en el campo de la Urología y la HBP

*Objetivos específicos:* conseguir las habilidades diagnósticas en la Hiperplasia Benigna de Próstata con especial atención a la interpretación correcta de pruebas complementarias tales como pruebas diagnósticas (anamnesis, IPSS, tacto rectal, tira de orina, PSA y creatinina plasmática). Para ello dispondremos de casos prácticos y de Modelos anatómicos con diferentes tamaños prostáticos y con diferentes patologías.

Patrocinado por: GSK

### SESIÓN PRÁCTICA 3

## Cuándo, por qué y con qué insulinar. Manejo de dispositivos

Hora: 15.30-17.30 h

Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 11

#### Ponentes:

**Fernando Álvarez Guisasaola**

*Médico de familia. Coordinador del GdT de Diabetes de la semFYC.*

**Antonio Hormigo Pozo**

*Médico de familia. Málaga. Director de Centro de Salud.*

#### Resumen

*Objetivo general:* formación en el tratamiento de la diabetes con las diferentes pautas de insulinización.

*Objetivos específicos:*

- Tipos de insulina, cuándo, por qué y cómo insulinar. Mecanismo de Acción, Enmarque en los algoritmos del tratamiento de la diabetes.
- Manejo de la insulinización en la consulta de Atención Primaria.
- Cómo vencer las barreras a un tratamiento inyectable: desde el profesional sanitario y desde el paciente.

Patrocinado por: Lilly

### SESIÓN PRÁCTICA INTERACTIVA

## Sesión práctica interactiva: insulinización

Hora: 17.30-19.30 h

Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Luis Galve

#### Ponentes:

**Domingo Orozco Beltrán**

*Médico de familia. CS San Blas. Alicante. Doctor en Medicina y Cirugía. Coordinador de la Unidad de Investigación del Departamento San Juan. Miembro del GdT Diabetes de la semFYC y de la SVMFiC.*

**Jorge Navarro Pérez**

*Médico de familia. Departamento 5 del Hospital Clínico, Universidad de Valencia. Miembro del GdT Diabetes de la semFYC.*

#### Resumen

*Objetivo general:* dotar a los participantes de las herramientas necesarias para iniciar e intensificar el tratamiento con insulina en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

*Objetivos específicos:*

- Revisar las evidencias actuales sobre la necesidad de un control glucémico adecuado en las personas con diabetes tipo 2.
- Revisar las evidencias sobre el tratamiento con insulina.
- Conocer las diferentes características de la terapia insulínica: propiedades, farmacodinamia farmacocinética y seguridad.
- Establecer cuál es la pauta de insulinización más adecuada en función de las características de cada paciente.
- Desarrollar los conocimientos y habilidades necesarias para iniciar e intensificar un tratamiento con insulina en pacientes con diabetes tipo 2.
- Conocer las características del seguimiento y control de los pacientes en tratamiento con insulina.

Patrocinado por: Sanofi Aventis

### ENCUENTROS CON EXPERTOS 4

## Dislipemia en el diabético. Una situación frecuente en la consulta de Atención Primaria

Hora: 17.30-19.00 h

Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala Mariano Gracia

#### Moderador:

**Salvador Lou Arnal**

*Médico de familia. CS Utebo. Zaragoza. Miembro del GdT Dislipemias de la semFYC.*

#### Ponentes y contenido:

1. Paciente diabético y cLDL, hasta dónde debemos llegar en el control

**Adalberto Serrano Cumplido**

*Médico de familia. CS Repélega. Portugalete (Vizcaya).*

2. Tratamiento combinado. Qué, cuándo y por qué

**Juan Carlos Pedro Botet-Montoya**

*Especialista en Medicina Interna. Hospital General Nuestra Señora del Mar. Barcelona.*

#### Resumen

*Objetivo general:* conocer la epidemiología y las estrategias de control de la dislipemia en el paciente con DM tipo 2.

*Objetivos específicos:*

- Identificar los posibles criterios de estratificación del riesgo cardiovascular en el paciente diabético con dislipemia.
- Analizar las diferentes estrategias de intervención sobre la dislipemia diabética en función del riesgo cardiovascular del paciente y de los objetivos de control pertinentes.

- Desarrollar habilidades para realizar actuaciones preventivas de la enfermedad cardiovascular en el paciente diabético con dislipemia.

Patrocinado por: MSD

#### SESIÓN PRÁCTICA 4

### Del ECG al ecocardiograma: taller interactivo basado en casos clínicos

Hora: 17.45-19.45 h

Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 11

#### Coordinadores:

**Pedro Conthe Gutiérrez**

*Internista. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.*

*Presidente de la SEMI.*

**José María Lobos Bejarano**

*Médico de familia. Área 1 de Atención Primaria de Madrid. Coordinador del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC.*

#### Ponentes y contenido:

1. El ecocardiograma en la hipertensión arterial y la hipertrofia ventricular izquierda

**Amparo Mena González**

*Médico de familia. EAP Congrés; CAP Maragall. Barcelona. Miembro del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC y del Grup Malalties del Cor de la CAMFiC.*

2. El ecocardiograma en la insuficiencia cardíaca

**Mar Domingo Teixidó**

*Médico de familia. CAP San Roc, Badalona (Barcelona). Miembro del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC y del Grup Malalties del Cor de la CAMFiC.*

3. El ecocardiograma en la valoración de soplos y valvulopatías

**Santiago Díaz Sánchez**

*Médico de familia. Área 1 de Atención Primaria de Madrid. Miembro del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC.*

#### Resumen

La electrocardiografía es una de las técnicas de uso habitual en Atención Primaria (AP), por lo que la formación en su correcta utilización es imprescindible para todos los médicos de AP. La ecocardiografía es una técnica de mayor precisión diagnóstica en la valoración o detección de distintas cardiopatías. Es una técnica indicada en la mayoría de pacientes con sospecha clínica/diagnóstico de valvulopatía, miocardiopatía, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, patología pericárdica y otras entidades cardiológicas comunes. A menudo la sospecha clínica inicial se realiza en AP por la presencia de síntomas o de un hallazgo clínico anormal (soplo, cardiomegalia, ECG anormal). La correlación ECG-ECO es variable, dependiendo de la cardiopatía y de su gravedad. La ecocardiografía, como técnica de imagen que permite la visualización del corazón y sus distintas cámaras de forma dinámica (hipertrofia, dilatación, contractilidad cardíaca, flujos, etc.), ayuda a la comprensión de las enfermedades cardíacas y la repercusión de entidades frecuentes como la hipertensión arterial (HTA) sobre el corazón. Aunque aún no es accesible al médico de AP en su mayoría, la adecuada interpretación del informe del ecocardiograma, el conocimiento de sus indicaciones y limitaciones, es necesario para la práctica clínica del médico de familia.

Patrocinado por: **Almirall**

## VIERNES, 10 DE JUNIO

### PRESENTACIÓN: GESTIÓN CLÍNICA

Continuidad asistencial entre unidades de gestión clínica: una organización que mejora la asistencia a los enfermos crónicos

Hora: 10.30-11.30 h

Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 11

#### Moderador:

**Sergio Minué Lorenzo**

*Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública.*

#### Ponentes:

**Antonio Torres Olivera**

*Director Gerente de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.*

**Pablo Astorga Díaz**

*Médico de familia. Servicio Madrileño de Atención Primaria de Salud. Madrid.*

**Juan José Gómez Doblas**

*Director de la Unidad de Gestión Clínica del corazón. Hospital Clínico de Málaga.*

Patrocinado por: MSD

### PRESENTACIÓN: MENINGITIS

Meningitis: manejo y vacunación

Hora: 12.00-13.00 h

Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 11

#### Moderador:

**Jorge Megías**

*Presidente de la Fundación Irene Megías Contra la Meningitis.*

#### Ponentes y contenido:

1. Meningitis: manejando la incertidumbre

**Javier Gómez Marco**

*Miembro del GdT Enfermedades Infecciosas del PAPPS.*

2. Prevención de la meningitis mediante vacunación

**Magda Campins Martí**

*Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología del Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

#### Cronograma

12.00-12.10 h **Presentación de la Fundación Irene Megías Contra la Meningitis**  
*Jorge Megías*

12.10-12.30 h **Meningitis: manejando la incertidumbre**  
*Javier Gómez Marco*

12.30-12.50 h **Prevención de la meningitis mediante vacunación**  
*Magda Campins Martí*

12.50-13.00 h **Turno de preguntas**

Patrocinado por: **Fundación Irene Megías contra la meningitis**

**SESIÓN PRÁCTICA 5****Artrosis y osteoporosis:  
en busca de intervenciones eficaces**

Hora: 15.30-17.30 h

Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Luis Galve

**Moderador y ponente:****Alejandro Tejedor Varillas***Médico de familia. Madrid. Coordinador del GdT Enfermedades Reumatológicas de la semFYC.***Ponentes:****Juan Carlos Hermosa Hernán***Médico de familia. Madrid. Miembro del GdT Enfermedades Reumatológicas de la SoMaMFyC y de la semFYC.***José Sanfélix Genovés***Médico de familia. Valencia. Miembro del GdT Enfermedades Reumatológicas de la semFYC.***Francisco Vargas Negrín***Médico de familia. Tenerife. Miembro del GdT Enfermedades Reumatológicas de la semFYC.***Resumen***Objetivos generales:*

- Mejorar el modelo de abordaje clínico de las enfermedades crónicas y específicamente del paciente con artrosis u osteoporosis.
- Colaborar en la capacitación del médico de familia para la resolución de los problemas reumatológicos más prevalentes que se presentan en el ámbito de Atención Primaria.
- Realizar una actividad docente que facilite al médico de Atención Primaria conocimientos prácticos en el manejo integral del paciente con artrosis-osteoporosis.

*Objetivos específicos:*

- Analizar la relación existente entre demografía, envejecimiento y enfermedades crónicas.
- Introducción en el conocimiento de los modelos de atención integral a los enfermos crónicos.
- Identificar elementos claves para la atención integral de las enfermedades crónicas: alfabetización sanitaria. Educación del paciente. Mejorar la motivación. Educación impartida por el personal de Enfermería. Autocuidados.
- Análisis de los factores relacionados con la inercia clínica: del profesional, del paciente y su patología, de la organización. Soluciones propuestas.
- Iniciar al médico de familia en la medida de resultados de las intervenciones en pacientes con artrosis-osteoporosis. Aspecto multidimensional de la artrosis. Utilización de escalas en artrosis y osteoporosis. Calidad de vida y discapacidad.
- Habilidades diagnósticas: fomentar y potenciar las habilidades del médico de familia para poder realizar una anamnesis y una exploración sistematizada ante la sospecha clínica de las patologías reumatológicas más prevalentes en Atención Primaria, en este caso concreto, en relación con la artrosis y la osteoporosis y sus manifestaciones clínicas.
- Pruebas complementarias: facilitar una eficiente utilización de las pruebas complementarias (analíticas y pruebas de imagen) al alcance del médico de familia para un correcto diagnóstico de la artrosis y la osteoporosis.
- Intervenciones terapéuticas: facilitar al médico de familia la revisión y actualización de las distintas intervenciones farmacológicas y no farmacológicas disponibles frente a la artrosis y la osteoporosis y sus diferentes niveles de evidencia.

Patrocinado por: MSD

## Comunicaciones orales

Sesión oral 1.....	95
Diabetes y síndrome metabólico.....	95
Hipertensión arterial.....	96
Anticoagulación / Antiagregación.....	98
<b>Sesión oral 2.....</b>	<b>99</b>
Otros / Miscelánea.....	99
Urgencias.....	99
Violencia doméstica.....	100
Cáncer.....	101
<b>Sesión oral 3.....</b>	<b>102</b>
Atención a la mujer / Embarazo.....	102
Atención al adolescente.....	103
Atención al anciano.....	103
<b>Sesión oral 4.....</b>	<b>106</b>
Osteoporosis / Aparato locomotor.....	106
<b>Sesión oral 5.....</b>	<b>109</b>
Salud mental / Burnout.....	109
Seguridad del paciente.....	110
<b>Sesión oral 6.....</b>	<b>111</b>
Validación de estudios.....	111
Docencia.....	112
Medicina y medios de comunicación.....	113
Medicamentos / Medicina alternativa.....	114
<b>Sesión oral 7.....</b>	<b>114</b>
Enfermedad renal.....	114
Enfermedades infecciosas.....	115
EPOC y enfermedades respiratorias.....	115
Tabaquismo.....	116
Enfermedad cardiovascular / Factores de riesgo cardiovascular.....	116
<b>Sesión oral 8.....</b>	<b>118</b>
Gestión, atención y calidad asistencial.....	118
<b>Sesión: Mejores comunicaciones orales.....</b>	<b>121</b>

### 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 después de <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 31.º 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.2011.Abst.5>

## SESIÓN ORAL 1

Jueves, 9 de junio / 09.30-11.30 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 7

## Diabetes y síndrome metabólico

## //// ID 57

Los años de vida perdidos por diabetes en México y Colombia, 1998-2007

Agudelo Botero M, Gloria Hernández L, Dávila Cervantes C

Instituto Nacional De Salud Pública (México). Distrito Federal, México.

Correo electrónico: magudelo@colmex.mx

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.57>

**Objetivos.** Analizar el nivel e impacto de la mortalidad por diabetes en México y Colombia entre 1998 y 2007, por sexo y grupos de edad.

**Material y métodos.** Se utilizaron estadísticas vitales de mortalidad por diabetes del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en México y del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en Colombia. Se calcularon las tasas estandarizadas de mortalidad para ambos países, para hombres y mujeres. Después, se obtuvieron los años de vida perdidos (AVP) para cada uno de los años mencionados, a nivel nacional, por sexo y grupos quinquenales de edad (20-79 años).

**Resultados.** En Colombia, la tasa estandarizada de mortalidad por diabetes pasó de 28,1 en 1998 a 29,3 muertes por cada 100.000 personas en 2007 y en México se incrementó de 101,4 a 135,1. Tanto en México como en Colombia, las mujeres tuvieron tasas de mortalidad mayores que los hombres en todos los años. En cuanto a los AVP, en Colombia decrecieron un 6,1 % y en México subieron un 30 %. Las mujeres colombianas y los hombres mexicanos fueron los que más años de vida perdieron por diabetes. Los grupos de edad más afectados fueron los de 60-69 años en Colombia y de 55-74 años en México.

**Conclusión.** En Colombia no se observa un incremento significativo de la mortalidad por diabetes en el período estudiado, mientras que en México el aumento en la mortalidad por esta causa es elevado, por lo que se evidencian los diversos contrastes entre países de América Latina.

## //// ID 374

Beneficios del ejercicio físico en pacientes diabéticos. Intervención grupal en Atención Primaria. Estudio RAGOCAP

García Hernández D, Salvador Mateo A, Albaigès Ràfols M, Camprodón Tuneu N, Trenchs Rodríguez M, Ventosa Petitbó C

EAP Raval Nord, EAP Gòtic, EAP Raval Sud. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: [davidgarcia2202@hotmail.com](mailto:davidgarcia2202@hotmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.374>

**Objetivos.** Evaluar si practicar ejercicio físico regular como intervención grupal mejora el control metabólico ( $HbA_{1c}$ ) y la calidad de vida de pacientes con diabetes tipo 2 a los 3 meses de seguimiento.

**Material y métodos.** Ensayo clínico aleatorizado pragmático realizado en tres centros de Atención Primaria (AP) urbanos. Se estudiaron 94 pacientes diabéticos tipo 2 (47: grupo control [GC] y 47: grupo intervención [GI]), mayores de 50 años sin contraindicaciones para realizar ejercicio físico (según criterios de Robledo) y con baja puntuación en el cuestionario

internacional de actividad física (IPAQ). Los pacientes del GI participaron en caminatas de 45 minutos, dos veces por semana durante 3 meses, dirigidas por un profesional sanitario. Las variables resultado principales fueron  $HbA_{1c}$  y calidad de vida (SF-36). Las variables resultado secundarias fueron medidas antropométricas y parámetros analíticos de control metabólico. Se analizaron los resultados mediante la t de Student para comparar las diferencias entre grupos.

**Resultados.** Hubo un 9,6 % de pérdidas a los 3 meses. La media de edad de los pacientes fue 71,22 años (DE 9,21) y el 59,6 % eran mujeres. La mediana de la diferencia de  $HbA_{1c}$  entre el seguimiento de los 3 y 0 meses fue de 0,1 % rango intercuartílico (RI): -0,45-0,4. No existían diferencias estadísticamente significativas entre GC y GI (0,35 [RI]: -0,250,43) frente a 0,00 (RI: -0,5 - 0,3),  $p = 0,236$ ). Se observó mejoría en todas las dimensiones de SF-36 en el GI, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. Las dimensiones del SF-36 con mayor cambio fueron la vitalidad (-8 puntos en el GC y +3 puntos en el GI;  $p = 0,077$ ) y salud mental (-1,5 puntos en el GC y +4,6 puntos en el GI;  $p = 0,23$ ).

**Conclusión.** No se observaron diferencias significativas entre GC y GI respecto a la  $HbA_{1c}$  y calidad de vida, aunque sí se observó mejoría en la puntuación del SF-36 en el GI.

## //// ID 654

Prevalencia del síndrome metabólico y factores asociados en Andalucía: Estudio DRECA-2

Urbano Fernández V, Santos Lozano J, Vilches Arenas A, Mayoral Sánchez E, Lama Herrera C, Lapetra Peralta J

Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla; Ciber de Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CIBEROBN); Instituto de Salud Carlos III.

Sevilla. Andalucía

Correo electrónico: [vic\\_urbano@yahoo.es](mailto:vic_urbano@yahoo.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.654>

**Objetivos.** Estimar la prevalencia de SMet en Andalucía, según los criterios revisados del *Third Adult Treatment Panel (ATP-III)*, según la Federación Internacional de Diabetes (FID) y los nuevos del *Joint Interim Societies (JIS)*. Estudiar la asociación del SMet con la presencia de enfermedad cardiovascular (ECV) y con factores emergentes de riesgo cardiovascular (FeRCV): homocisteinemia, lipoproteína a (Lpa), proteína C reactiva (PCR), hemoglobina glucosilada ( $HbA_{1c}$ ) y resistencia a la insulina (RI) según índice HOMA (HOMA) e insulinemia basal.

**Material y métodos.** *Diseño:* estudio transversal, de base poblacional, anidado en uno de cohorte. *Ámbito:* centros de salud. *Sujetos:* muestra representativa (20-74 años): 2.395 individuos (1.270 mujeres: 53,0 % mujeres), con un 88 % de participación y media de edad (DE): 45,2 (15,4). *Variables:* edad, sexo, antecedentes personales de factores de riesgo cardiovascular, talla, peso, presión arterial, perímetro abdominal, glucemia basal, lípidos plasmáticos, FeRCV y antecedentes personales de ECV. Se pidió consentimiento informado. *Análisis estadístico.* Variables cualitativas (frecuencias absolutas y relativas), se empleó el test de la ji al cuadrado (comparación de datos), se consideró como diferencia estadísticamente significativa  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Prevalencia SMet: ATP-III: 23,8 %; FID: 26,8 %; JIS: 28,2 %; prevalencia (%) componentes del SMet: hipertensión: 40,4; hipertrigliceridemia: 25,2; hipoalfalipoproteinemia: 23,7; hiperglucemia: 19,9 y obesidad abdominal (ObA): ATP-III: 48,2; FID: 75,2 (mujeres: 81,2 y hombres:

68,5;  $p < 0,05$ ). En individuos con SMet (ATP-III), la presencia de ECV fue del 14,4 %; hiperhomocisteinemia fue del 31,2 %; PCR de riesgo del 62,6 %; A1C ( $\geq 6,5$ ) del 24,5 %; RI según insulínemia 56,9 % y según HOMA 65,4 % mientras que en aquellos sin SMet era del 3,2, 23,5, 33,9, 2,4, 23,9 y 25,1 %, respectivamente ( $p < 0,001$ ).

**Conclusión.** La prevalencia de SMet en Andalucía fue alta y sin diferencias estadísticamente significativas entre los criterios utilizados. La ObA fue el componente más habitual del SMet, sobre todo en mujeres y especialmente con los criterios FID. La ECV, HbA<sub>1c</sub>, hiperhomocisteinemia, RI y la PCR, fueron significativamente más frecuentes en individuos con SMet.

#### //// ID 709

Incertidumbre y variabilidad de decisiones ante un escenario de diabetes con glicemia basal de 124 mg/dL

García Tirado M, Robles Casado B, Rivas del Valle P, Fernández Pérez E, Ramírez Robles R, García López P

UD de MFyC de Granada. Granada. Andalucía

Correo electrónico: pedroa.rivas.sspa@juntadeandalucia.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.709>

**Objetivos.** Conocer la variabilidad de decisiones diagnóstico-terapéuticas ante un escenario con sospecha de diabetes (DM) y glicemia basal (GB) en 124 mg/dL.

**Material y métodos.** *Diseño:* descriptivo. *Ámbito:* Unidad Docente de Medicina de Familia (MF). *Sujetos:* 207 médicos, 14 centros de salud (CS) y 4 urgencias hospitalarias (IC 95 %. Precisión 6 %. Variabilidad 50 %). *Mediciones:* escenario: mujer, 65 años, hipertensión arterial (HTA), sobrepeso. GB = 124 mg/dL. Cuestionario que mide: 1) asignación de probabilidades (Pb); 2) selección datos; 3) estrategias diagnósticas; 4) umbral y ganancia diagnóstica, y 5) terapéutica. *Análisis:* descriptivo y bivalente.

**Resultados.** El 40 % son varones, media de edad 36,07 años; el 42 % tutores, el 22 % CS, y el 17 % servicio de urgencias. La probabilidad media asignada a DM fue del 50 % (DT: 24,6); para el 25 % de médicos inferior al 30 % y para otro 25 % superior al 70 %. Las mujeres asignan más probabilidad que los varones ( $p = 0,017$ ); y los residentes de mayor año ( $p = 0,03$ ). Las decisiones fueron: sólo seguimiento (20 %), solicitar pruebas (62 %) e iniciar tratamiento junto a pedir pruebas (13 %). Quienes optaron por seguimiento asignaron menor probabilidad a DM ( $p = 0,001$ ). El laboratorio fue el dato relevante para probabilidad de diabetes (46,6 %) seguido de historia clínica (36,8 %); confiando más en laboratorio los varones que las mujeres (61 %/39 %;  $p = 0,02$ ); tutores frente a residentes (56 %/41 %;  $p = 0,01$ ); y el CS frente a Urgencias (66 %/49 %;  $p = 0,02$ ). Decidir sólo seguimiento ( $r^2: 0,366$ ) se relacionó en multivariante con menor probabilidad asignada a diabetes ( $p = 0,002$ ; OR;  $\beta = -0,046$ ) mayor edad ( $p = 0,08$ ; OR;  $\beta = 1,15$ ) mayor año de residencia (R4;  $p = 0,001$ ; OR 11,0;  $\beta = 2,40$ ). Optar por pruebas se relacionó en multivariante con mayor probabilidad asignada a diabetes ( $p = 0,05$ ; OR 1,02;  $\beta = +0,020$ ) de forma independiente a otras variables.

**Conclusión.** Ante un escenario con glicemia basal en zona gris (GB = 124 mg/dL) la incertidumbre sobre diabetes y decisiones diagnósticas es variable entre médicos. Parece que el nivel de incertidumbre del médico se relaciona con el tipo de conducta diagnóstica terapéutica. El umbral terapéutico para diabetes es superior al 50 % de incertidumbre.

## Hipertensión arterial

#### //// ID 122

Efectos de una dieta mediterránea, suplementada con aceite de oliva o con frutos secos, sobre las presiones arteriales ambulatorias en pacientes hipertensos de alto riesgo cardiovascular

Román Torres P, García de la Corte F, Mellado Martín L, Romero Rodríguez N, Ortega Calvo M, Lapetra Peralta J

Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla; Ciber Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CIBEROBN); Instituto de Salud Carlos III.

Sevilla. Andalucía

Correo electrónico: piromtor@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.122>

**Objetivos.** Estudiar y analizar los efectos que una dieta mediterránea (DTM), suplementada con aceite de oliva virgen extra (AOVE) o con frutos secos (FS), en comparación con una dieta baja en grasas (DBG), produce sobre las presiones arteriales (PA) ambulatorias (PAa), tanto diurnas como nocturnas, en hipertensos de alto riesgo cardiovascular (RCV) en situación de prevención primaria (PP).

**Material y métodos.** *Diseño y ámbito del estudio:* ensayo clínico, aleatorizado, controlado, a simple ciego y multicéntrico, realizado en centros de salud urbanos. *Participantes:* 100 hipertensos (70 mujeres y 30 hombres), en tratamiento farmacológico, de alto RCV, en situación de PP, pertenecientes al estudio PREDIMED. *Intervenciones:* 3 grupos de intervención (GI). GI1: 30 (DTM + AOVE); GI2: 34 (DTM + FS); GI3: 36 (DBG). Recibieron trimestralmente asesoramiento dietético individual y grupal. Todas las dietas fueron ad libitum. *Variabiles y métodos de evaluación:* las PAa (mmHg), obtenidas mediante medida ambulatoria de la PA de 24 horas, basalmente y al año, fueron: PA sistólica (PAS) y diastólica (PAD) media en período de actividad (PASaA y PADaA); PAS y PAD media durante el sueño (PASaS y PADaS). *Análisis estadístico:* estadística descriptiva, ANOVA, prueba t de muestras relacionadas y análisis de medidas repetidas. Intervalos de confianza del 95 %. Diferencia estadísticamente significativa:  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Edad: mujeres: 68 y hombres: 66,2. Variables de PAa (mmHg): PASaA, PADaA, PASaS, PADaS. Basal: GI1: PASaA: 137,1; PADaA: 76,4; PASaS: 123,5; PADaS: 67,2. GI2: PASaA: 130,1; PADaA: 74,1; PASaS: 117,2; PADaS: 64,3. GI3: PASaA: 129,8; PADaA: 73,3; PASaS: 119,7; PADaS: 65,2. Al año de intervención no hubo cambios estadísticamente significativos en ninguna de las variables de PAa: GI1:  $-2,9/-0,5/-1,8/-1$ ; GI2:  $+0,4/-0,4/+1,2/+0,2$ ; GI3:  $+3,5/+1,6/-1,9/-0,3$ .

**Conclusión.** El seguimiento durante 1 año de una DTM, suplementada con AOVE o con FS, en comparación con una DBG, no produce cambios significativos en las PAa en hipertensos de alto riesgo cardiovascular en situación de PP.

#### //// ID 124

¿Por qué es importante estratificar el riesgo en los pacientes hipertensos?

Viñas A, Pineda E, Busquets A, Huguet J, Serra A, Coll de Tuero G

Atención Primaria de Girona, Instituto de Asistencia Sanitaria.

Girona. Cataluña

Correo electrónico: gcoll@meditex.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.124>



**Objetivos.** Evaluar si la estratificación del riesgo cardiovascular (CV) según las tablas de la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH) en los pacientes hipertensos de nuevo diagnóstico puede predecir la evolución de las lesiones de órganos diana (LOD) mediante las exploraciones habituales en las consultas de Atención Primaria.

**Material y métodos.** *Pacientes y método:* estudio prospectivo de pacientes hipertensos de reciente diagnóstico no tratados. Se efectuaron las siguientes exploraciones: análisis, excreción urinaria de albúmina, electrocardiograma, retinografía, automedición de la presión arterial (AMPA) y monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) en el momento de la inclusión y después de 1 año de seguimiento. Las LOD se definieron según la guía de la SEH. *Análisis estadístico:* descriptivo, análisis de las diferencias en las medias y/o porcentajes mediante contrastes no paramétricos. La evolución de las LOD se evaluó como sigue: favorable (ausencia o desaparición) o desfavorable (persistencia o aparición).

**Resultados.** Se incluyeron 479 pacientes hipertensos (58,8 años; 43,4 % mujeres). La PA clínica inicial fue de 153,6/90,8 mmHg. Las LOD basales fueron: hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI) 20,7 %, lesiones avanzadas del fondo de ojo (FO) 10,2 % y microalbuminuria 2,4 %. Los pacientes con riesgo CV de referencia, bajo o moderado tuvieron mejor evolución de las LOD respecto a aquellos con riesgo CV elevado o muy elevado; número de LOD (55,1 % frente al 20,8 %;  $p < 0,001$ ), HVI (55,1 frente al 21,7 %;  $p < 0,001$ ); lesiones avanzadas FO (62,8 frente al 31,3 %,  $p < 0,001$ ) y microalbuminuria (63,3 frente a 34,6,  $p < 0,001$ ). El porcentaje de pacientes con la PA controlada al final del seguimiento fue similar en ambos grupos (9,3 frente al 10,7 %; NS).

**Conclusión.** Las exploraciones disponibles en las consultas de Atención Primaria detectan variaciones en las LOD de los pacientes hipertensos en 1 año de seguimiento. El riesgo CV de referencia, bajo o moderado según las tablas de la SEH, identifica a los pacientes con mayor porcentaje de evolución favorable de las LOD.

#### //// ID 161

Influencia de factores psicosociales en el control de pacientes hipertensos

Atienza Martín F, López Martín D,  
Rodríguez Fernández L, Revuelta Pérez F,  
Garrido Lozano M, Jiménez Rosales P

*Departamento de Psicología, Universidad de Huelva; UGC Adoratrices, Distrito Sanitario Huelva-Costa. Huelva. Andalucía*

*Correo electrónico: fatienzam@hotmail.com*

*DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.161>*

**Objetivos.** Determinar si los factores psicosociales influyen en el control de la presión arterial (PA) de los pacientes hipertensos.

**Material y métodos.** *Diseño:* estudio observacional descriptivo, transversal. *Ámbito:* Atención Primaria. *Criterios de selección:* pacientes hipertensos incluidos en el proceso asistencial de riesgo vascular de un centro de salud urbano. *Mediciones:* variables demográficas; cuestionario EPQ de personalidad, GHQ-28 de salud percibida, COPE de afrontamiento de estrés y APGAR familiar de función familiar. *Análisis estadístico:* base de datos analizada con SPSS v15. Estadística descriptiva e inferencial (diferencia de medias de puntuación: prueba t). *Aspectos ético-legales:* Consentimiento informado escrito de los participantes.

**Resultados:** 117 pacientes, media de edad 66,97 años, 50,4 % mujeres, 80,3 % casados, 46,2 % diabéticos, promedio de PA 138,72/79,5 mmHg. El 60,7 % de los pacientes con

PA < 140/90 mmHg. Existió diferencia significativa entre pacientes controlados o no en:

– Escala de Psicoticismo del EPQ: control: 3,76 No control: 4,54 ( $p = 0,042$ ).

– Estilo de afrontamiento de concentrar esfuerzos para alcanzar la solución del COPE: control: 2,43 No control: 2,18 ( $p = 0,20$ ).

– APGAR familiar: control: 9,03 No control: 8,11 ( $p = 0,010$ ).

– No hubo diferencias en las puntuaciones del GHQ-28.

**Conclusión.** Diversos factores psicosociales relacionados con la personalidad, estilo de afrontamiento del estrés y función familiar se relacionan con el control de la PA de pacientes hipertensos. Parece interesante profundizar en estos aspectos para incorporar intervenciones en estas dimensiones que mejoren el control de estos pacientes.

#### //// ID 544

Hallazgos de la ecografía de bolsillo en pacientes con hipertensión arterial. Experiencia preliminar en Atención Primaria

Evangelista Robleda L, Copetti Fanlo S,  
Pareja Mariscal A, Ortodó Parra C, Juncadella García E,  
Evangelista Masip A

*EAP Centre. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña*

*Correo electrónico: aidil87@hotmail.com*

*DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.544>*

**Objetivos.** Conocer las alteraciones cardiovasculares detectadas por un médico de familia, previamente formado, mediante un ecógrafo de bolsillo en pacientes hipertensos de Atención Primaria (AP).

**Material y métodos.** *Diseño:* estudio descriptivo transversal. *Ámbito:* centro de salud urbano, 262 pacientes con hipertensión arterial (HTA) de 2 cupos de un equipo de AP (EAP) durante los meses de enero-febrero 2011. *Criterios exclusión:* pacientes domiciliarios y rechazo explícito a participar. *Intervenciones:* historia clínica, exploración física, electrocardiograma y estudio ecográfico mediante V-scan GE por un médico de familia formado previamente. Parámetros valorados en V-scan: diámetro ventricular izquierdo (VI), grosor de las paredes ventriculares, estimación semicuantitativa de la función ventricular, diámetro y área de la aurícula izquierda (AI), afectación de la válvula mitral y aórtica, regurgitaciones mitral y aórtica, diámetro de la raíz de la aorta y la aorta ascendente y aterosclerosis del arco aórtico. Los estudios fueron revalorados y contrastados por un especialista en ecocardiografía.

**Resultados.** 262 hipertensos, 51 % hombres, media de edad 69 años (41-96). Fueron excluidos 8 pacientes (3 %) por mala calidad y en el 17 % la calidad fue subóptima pero se pudo valorar la mayoría de las variables.

Se evidenció: hipertrofia VI (tabique > 11 mm) en el 34 %, sólo en el 3 % dilatación VI y en el 4 % disminución de la función sistólica del VI, dilatación AI (área > 20 cm<sup>2</sup>) en el 26 %, esclerosis valvular aórtica (24 %) y calcificación del anillo mitral (20 %), regurgitaciones mitrales mínimas (34 %) y ligeras-moderadas (13 %), regurgitaciones aórticas mínimas (21 %) y ligeras-moderadas (5 %), dilatación aorta ascendente (> 40 mm) en el 8 %, placas arterioescleróticas en arco (26 %). Se solicitó estudio ecográfico convencional para establecer una valoración definitiva (11 %).

**Conclusión.** El uso del ecógrafo de bolsillo en población hipertensa en AP muestra gran utilidad al permitir la estimación de la repercusión de la HTA sobre el VI, valorar la dilatación de la AI y la aorta ascendente e identificar la presencia de alteraciones asociadas como valvulopatías y arteriosclerosis del arco.

## Anticoagulación /Antiagregación

### //// ID 249

Grado de adecuación del tratamiento anticoagulante en pacientes diagnosticados de arritmia cardíaca por fibrilación auricular (ACxFA). Evaluación del Score CHADS2

Camino Acha J, Rull Pelleja B, Satué Gracia E, García Barreras M, Ciorba V, Martín Lorente A

CAP La Granja-Torreforta. Tarragona. Cataluña

Correo electrónico: jtcamino.tarte.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.249>

**Objetivos.** Evaluar si el tratamiento de los pacientes diagnosticados de fibrilación auricular se adecua a los criterios de indicación del CHADS2 (Sociedad Europea de Cardiología).

**Material y métodos.** *Diseño:* estudio transversal de indicación-prescripción. *Ámbito:* centro de Atención Primaria (CAP) urbano y docente. *Sujetos:* total de personas diagnosticadas de fibrilación auricular (ACxFA) en el CAP (n = 311). *Mediciones principales:* se identificaron todos los pacientes diagnosticados de ACxFA y se determinaron todos los criterios contemplados en CHADS2: insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, edad > 75 años o diabetes mellitus (1 punto) y accidente cerebrovascular (ACV, 2 puntos); estratificando el riesgo CHADS2 como: elevado (> 2 puntos), moderado (1-2 puntos) y bajo (0 puntos). En CHADS2  $\geq 2$  se recomienda tratamiento de anticoagulación oral crónico con AVK (antagonista de la vitamina K) ajustando la dosis según INR (intervalo 2-3), excepto que esté contraindicado. **Resultados.** De 311 pacientes con ACxFA, 208 (66,88 %) toman Sintrom® y 103 (33,12 %) no; de estos últimos, 72 toman ácido acetilsalicílico (AAS), 12 clopidogrel y 19 nada. Según el CHADS2, 74 pacientes (23,8%; IC 95%: 19,1-28,5) tenían riesgo bajo (0-1) y 237 (76,2%; IC 95%: 71,5-80,9) tenían riesgo moderado-alto ( $\geq 2$ ).

El uso de Sintrom® fue significativamente mayor en los pacientes de riesgo alto (56,8 frente al 70,0%, p = 0,034), mientras que el porcentaje de pacientes sin anticoagulación fue mayor en pacientes con riesgo bajo (12,2 frente al 4,2%, p < 0,05).

No hubo diferencias significativas entre pacientes de bajo y alto riesgo en tratamiento con AAS (29,7 frente al 21,1%; P = 0,124) ni con clopidogrel (1,4 frente al 4,6%, p = 0,200).

**Conclusión.** En nuestro estudio, más de un 50 % de los pacientes con ACxFA sin indicación de Sintrom® (CHADS2 = 0-1) están tomándolo y aproximadamente un 30 % de los que deberían tomarlo (CHADS2  $\geq 2$ ) no lo toman. Se puede mejorar el tratamiento de la ACxFA desde la AP.

### //// ID 480

Estudio multicéntrico español en Atención Primaria sobre profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa en pacientes médicos (EME-AP-PRETEMED). Resultados preliminares

Santos Lozano JM, Medrano Ortega FJ, Navarro Puerto A, Vidal Serrano S, Ramos Corpas A, Marín León I

CS San Pablo, Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla; Ciber de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición; Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen del Rocío; Ciber de Epidemiología y Salud Pública; Servicio de Medicina Interna. Sevilla. Andalucía

Correo electrónico: josemanuel.santos@ono.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.480>

**Objetivos.** Se estima que la incidencia de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en población general es 1x1.000 habitantes/año, es difícil estratificar el riesgo en pacientes médicos. La guía PRETEMED-2007 permite estratificar dicho riesgo. La información sobre la utilización de tromboprofilaxis en Atención Primaria (AP) es muy escasa. El objetivo del estudio fue evaluar en España el uso y adecuación de la profilaxis de ETV a PRETEMED-2007 en pacientes médicos de AP.

**Material y métodos.** *Diseño:* transversal (julio-diciembre/2009). *Ámbito:* 149 centros de salud (CS) seleccionados por representatividad del área sanitaria y experiencia en estudios clínicos. *Criterios de selección:* 5-10 pacientes consecutivos por CS atendidos ambulatoriamente que cumplieran los criterios de inclusión: a) edad > 18 años; b) consentimiento informado escrito y c) al menos un proceso precipitante de ETV según PRETEMED-2007. *Intervención:* evaluación mediante encuesta estandarizada de factores de riesgo (FR) de ETV, riesgo ajustado de ETV (intermedio-alto  $\geq 4$ ; bajo < 4) y tromboprofilaxis. *Aspectos éticos:* estudio aprobado por el correspondiente Comité Ético de Investigación Clínica acreditado.

**Resultados.** Se incluyeron 1.318 pacientes (45 % mujeres, media de edad 65,5  $\pm$  17 años). El 92 % tenían riesgo intermedio-alto. Los FR más frecuentes fueron: edad > 60 años (69 %), encamamiento > 4 días (46 %), obesidad-IMC > 28 (39 %), traumatismos menores-MMII (34 %), infección grave (17 %), insuficiencia cardíaca (15 %), EPOC (13 %), cáncer (10 %). Se realizó profilaxis farmacológica en el 91 % de los pacientes de riesgo intermedio-alto y el 63 % de riesgo bajo. La adecuación de indicaciones a PRETEMED-07 fue del 89,4 % (sobreuso 5,4 %, infrauso 5,2 %).

**Conclusión.** En España la adecuación de profilaxis de ETV es globalmente adecuada entre los médicos de AP, en tanto que la representatividad de los centros seleccionados parece garantizada. El perfil clínico de los pacientes médicos ambulatorios en riesgo es similar al observado en el medio hospitalario, salvo por el elevado porcentaje de traumatismos menores.

### //// ID 521

Programa Paciente Experto en Atención Primaria  
Peralta García N, Rabassada Ferrer I, De la Hoz Caballero M

CAP Horta. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: mantalia@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.521>

**Objetivos de la experiencia.** Promover cambios en los hábitos de vida de pacientes con tratamiento anticoagulante, para mejorar su calidad de vida y la convivencia con la enfermedad mediante la educación grupal. Analizar los cambios respecto a conocimientos, autocuidado, y hábitos y estilos de vida de los pacientes del grupo.

**Descripción de la experiencia.** El Programa Paciente Experto consiste en la realización de nueve sesiones grupales teórico-prácticas con pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales. Las sesiones están dirigidas por un paciente experto, quien, por su capacidad de responsabilizarse del tratamiento de su enfermedad, puede liderar un grupo de pacientes; con orientación y supervisión profesional.

A lo largo de las sesiones se trataron aspectos relativos a la autoadministración de anticoagulantes, factores que interfieren, controles periódicos, etc. Además, los pacientes pudieron compartir sus experiencias personales, motivarse mutuamente para mejorar en el manejo del tratamiento, y reducir el sentimiento de soledad y singularidad.

Para analizar la repercusión del programa, cada paciente cumplimentó, antes y después de las sesiones, tres cuestionarios sobre adquisición de conocimientos, cambios de hábitos, estilos de vida, calidad de vida y grado de autocuidado.

**Conclusiones.** La experiencia pudo finalizarse y fue buena a pesar de las dificultades propias de la intervención grupal: falta de compromiso con el grupo, no asistencia a todas las sesiones, diferencias entre los participantes, etc. Los datos obtenidos revelaron un aumento del 3,98 % en los conocimientos y del 2 % en los hábitos y estilos de vida saludables. En cuanto a calidad de vida y grado de autocuidado, se obtuvieron resultados dispares según los aspectos evaluados.

## SESIÓN ORAL 2

Jueves, 9 de junio / 09.30-11.30 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 11

### Otros / Miscelánea

#### //// ID 46

Médicos de familia y documento de voluntades anticipadas: actitudes y conocimientos  
Navarro Bravo B, Andrés Pretel F,  
López-Torres Hidalgo J, Párraga Martínez I,  
Fernández De Peñaranda Cervantes A,  
Jiménez del Val M

*Unidad de Investigación de la Gerencia de AP de Albacete; Unidad de Docencia, Formación e Investigación. GAP de Guadalajara. Albacete - Guadalajara. Castilla-La Mancha*

Correo electrónico: [bnavarrob@sescam.jccm.es](mailto:bnavarrob@sescam.jccm.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.46>

**Objetivos.** Evaluar los conocimientos y las actitudes de los médicos de familia sobre el documento de voluntades anticipadas (DVA).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de carácter transversal cuya fuente de datos fueron los cuestionarios autocumplimentados por médicos de familia de dos áreas sanitarias (n = 484; índice de respuesta: 61,57 %). Se incluyeron variables sociodemográficas y otras relacionadas con el contexto laboral y la experiencia con las voluntades anticipadas (VVAA).

En el análisis de los datos se incluyeron parámetros descriptivos, análisis comparativos (t de Student) y un modelo de regresión logística. El estudio fue aprobado por un Comité Ético de Investigación Clínica.

**Resultados.** Entre los participantes (media de edad 47 años y 58,5 % hombres), el 69,7 % declaró conocer el DVA. La mayoría estuvo de acuerdo o totalmente de acuerdo en que «el DVA ayuda al paciente (84,3 %), al médico (83,4 %) y a los familiares (88,2 %) a tomar decisiones sobre el proceso de la muerte», y en que «la mayoría de los pacientes no conoce el DVA» (93,9 %). El 6,3 % había cumplimentado su propio documento. Aparecieron actitudes más positivas en los que ya conocían el DVA, en los que habían vivido alguna situación personal en la que habría ayudado tenerlo, en los que se sentían capacitados para abordarlo en la consulta y en las mujeres. Las variables asociadas con una actitud más positiva hacia el DVA fueron: haber lamentado la ausencia del documento en situaciones personales (OR: 3,3), sentirse capacitado para abordarlo en la consulta (OR: 2,1) y la experiencia laboral inferior a 10 años (OR: 3,1).

**Conclusión.** Entre los médicos de familia existe acuerdo en que el DVA ayuda en la toma de decisiones, pero consideran que la mayoría de los pacientes lo desconocen. El nivel de conocimiento sobre las VVAA y las experiencias personales y laborales guardan relación con la actitud del médico hacia el DVA.

#### //// ID 637

Inmigración y servicios sanitarios. Diferencias con población autóctona en uso de servicios y morbilidad atendida en Atención Primaria  
Alberquilla Menéndez-Asenjo Á, Magán Tapia P,  
Gil de Pareja Palmero M, Arias Macías C,  
Sastre Barceló J, Mora Navarro G

*Hospital Universitario 12 de Octubre; Universidad San Pablo-CEU.*

*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.2011.Abst.637>

**Objetivos.** Describir y comparar perfiles de utilización de recursos y morbilidad atendida en consultas de medicina de familia entre población autóctona (Au) e inmigrante (In). **Material y métodos.** Estudio observacional, transversal, descriptivo de todos los pacientes atendidos en consultas de MF de un área sanitaria durante 2009. Agrupación de los mismos mediante ACG® Case-Mix System para ajustes por complejidad. Ajustes por método indirecto. Indicadores: razón de frecuentación estandarizada (RFE) por edad y sexo. Índices de complejidad y eficiencia que relacionan respectivamente la carga de enfermedad y consumo observado con lo esperado según estándar (mayor cuanto > 1 y menor < 1). Razón de morbilidad comparativa (RMC) atendida específica por grandes grupos de edad y sexo para cada conjunto. Fuente: historia clínica electrónica de centros de salud (CS). **Resultados.** Analizamos 546.550 pacientes atendidos por 496 médicos de familia (MF) en 39 CS. Un 20,24 % era In. Razón de frecuentación estandarizada: 1,06 Au/In. Índice de complejidad: 1,81 Au y 0,79 In. Índice de eficiencia: 1,61 Au y 0,82 In. Objetivamos mayor carga de enfermedad en autóctonos tanto para el global de pacientes como por sexos y grupos de edad considerados. Mayor prevalencia de episodios cardiovasculares, musculoesqueléticos y psicosociales en pacientes autóctonos. Observamos diferentes perfiles de morbilidad atendida, especialmente en mujeres en edad fértil con mayor prevalencia en inmigrantes de episodios relacionados con los aparatos reproductor femenino y genitourinario: RMC -0,79 y 0,81 Au/In respectivamente (contracepción, trastornos menstruales, embarazo e infecciones con RMC de 0,73; 0,76; 0,71 y 0,83) y menos psicosociales: RMC -1,85 Au/In (ansiedad, 2,07). La morbilidad diferencial se reduce conforme se incrementa la edad.

**Conclusión.** Constatamos un menor consumo de recursos en población inmigrante en nuestro medio una vez neutralizados los efectos de edad y morbilidad. Existen claros perfiles de morbilidad diferencial entre los dos colectivos comparados que van reduciéndose conforme se incrementa la edad.

### Urgencias

#### //// ID 322

Conocimiento de los profesionales sanitarios sobre el equipo de asistencia a la parada cardiorrespiratoria de sus centros de salud y su capacidad para asistirlos

Torrecilla Sequí J, de Pro Chereguini M,  
Blázquez Álvarez J, Gómez Jara P, Antón Botella J,  
Carrillo Alcaraz A

*Consultorio Simón García; CS Murcia-Centro. Murcia.*

*Región de Murcia*

Correo electrónico: [correkata@gmail.com](mailto:correkata@gmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.322>

**Objetivos.** Analizar el conocimiento de los profesionales sanitarios de los centros de salud, sobre el equipo de asistencia a la parada cardiorrespiratoria (PCR) de sus centros, y su percepción de capacidad en la asistencia a la PCR.

**Material y métodos.** Estudio transversal realizado en el personal sanitario, en activo, de los centros de salud (CS) de una de las áreas sanitarias de nuestra región. Herramienta: encuesta *ad hoc* que consta de variables sociodemográficas, laborales y variables relacionadas con el equipo de PCR (conocimiento sobre ubicación, contenido y protocolo del equipo) con respuesta dicotómica (Sí/No) y una pregunta sobre si se siente capacitado para asistir a una PCR con respuesta de cinco opciones. Las variables se presentan como medias  $\pm$  desviación estándar, número y porcentajes. Las comparaciones mediante prueba de la  $\chi^2$  al cuadrado de Pearson, tendencia lineal y ANOVA.

**Resultados.** El cuestionario se ha entregado a 302 profesionales, respondieron 282 (93,4%). La media de edad era de  $48 \pm 10$  años. La categoría profesional: médicos (119; 42,2%), enfermeros (112; 39,7%), pediatras (32; 11,3%) y matronas (19; 6,7%). El 80,1% del personal conoce la ubicación del equipo de asistencia, con diferencias entre los profesionales ( $p < 0,001$ ): máximo en enfermeros (93,6%) y mínimo en pediatras (67,7%). El 60,6% desconoce si hay protocolo de PCR y el 37,2% desconoce el contenido del equipo. La percepción para la capacitación de atención a PCR muestra: el 5,3% del personal se considera nada capacitado, el 66,7% algo/poco, el 23,8% bastante y el 3,2% muy capacitado. La percepción de capacitación era mayor en hombres ( $p = 0,001$ ), si habían recibido cursos de formación ( $p = 0,002$ ) y era menor en los de mayor edad ( $p = 0,006$ ). No existen diferencias significativas entre los centros rurales y los urbanos.

**Conclusión.** Existen importantes déficit de conocimiento entre los profesionales sanitarios de los centros de salud relacionados con los equipos de atención a la PCR, así como una insuficiente capacitación para atenderla de forma adecuada.

#### //// ID 619

Análisis de los equipos de atención a la parada cardiorrespiratoria en los centros de Atención Primaria de un área de salud

De Pro Chereguini M, Torrecilla Sequí J, Blázquez Álvarez J, Antón Botella J, Gómez Jara P, Carrillo Alcaraz A

CS Murcia Centro. Murcia. Región de Murcia

Correo electrónico: mariadepro@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.619>

**Objetivos.** Analizar los equipos de atención a la parada cardiorrespiratoria (EAPCR) de los centros de Atención Primaria, y comprobar si cumplen unos criterios de calidad específicos para una posible atención ante una PCR.

**Material y métodos.** Estudio transversal realizado en todos los centros de AP de un área de salud de una región (18 EAPCR correspondientes a los 18 centros). Herramientas: cuestionario *ad hoc* con un listado de 36 criterios de calidad mínimos exigibles para los EAPCR, establecidos previamente, con respuesta dicotómica (Sí/No) cumplían cada criterio. Se realizó descripción de frecuencias/porcentajes de cumplimiento de cada criterio.

**Resultados.** De los 18 EAPCR hay en uso 16 (88,9%), con ubicación fácilmente accesible 15 (83,3%), móviles 14 (77,8%), señalizada su ubicación 1 (5,6%), con registro de su revisión 5 (27,8%), con responsable del equipo 9 (50%), con protocolo específico de actuación en PCR 3 (16,7%), con ambú adulto y pediátrico 16 (88,9%), con laringoscopio en uso 15 (83,3%), con palas curvas y rectas 8 (44,4%), con cánulas orofaríngeas 16 (88,9%), con tubos endotraqueales 10 (55,6%), fonendoscopia en uso 3 (16,7%), bala de oxígeno

12 (66,7%), vías 15 (83,3%), cánulas/catéteres 14 (77,8%), jeringas 6 (33,3%). Contienen medicación en uso adrenalina 9 (50%), atropina 12 (66,7%), midazolam 5 (27,8%), flumazenil 13 (72,2%), naloxona 14 (77,8%); con medicación caducada 9 (50%), desfibrilador en uso 14 (77,8%).

**Conclusión.** No hay ningún EAPCR que cumpla todos los criterios de calidad establecidos. Destaca que no haya EAPCR en uso en 2 centros y que haya 2 desfibriladores que no estén en uso, además sólo en el 50% hay un responsable del mantenimiento del equipo y en el 50% había medicación caducada. Todos los EAPCR podrían mejorar su contenido para atender una PCR.

#### //// ID 62

Simulación de parada cardiorrespiratoria en un centro de salud y análisis de competencias por videofilmación

Perelló Bratescu A, López Rodríguez C, Del Pino Astorga C, Nogueira López C, Perea Moreno S, Piñero Ortega I

CAP Barceloneta. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: aperello@capbarceloneta.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.62>

**Objetivos de la experiencia.** Analizar la capacitación del personal del centro en caso de colapso de un paciente, y entrenar al equipo en los aspectos a mejorar a nivel de soporte vital básico (SVB) con desfibrilador externo automático (DEA) y circuito interno de coordinación.

**Descripción de la experiencia.** Realización anual de simulacro de parada cardiorrespiratoria en el centro, con un maniquí para las maniobras de SVB y DEA. El simulacro es filmado con videocámara y analizado posteriormente por el grupo de urgencias del centro, formado por 2 médicos, 1 enfermera y 3 administrativas. Cada estamento dispone de una parrilla de evaluación diferente de la actuación de los participantes en el simulacro. Posteriormente se realiza una sesión para todo el personal del centro, en el que se analizan las actuaciones correctas y las incorrectas durante el simulacro, con visualización de la grabación, y se proponen mejoras a nivel competencial o de coordinación.

A los 6 meses se realiza una sesión teórico-práctica para todo el personal del centro, sobre SVB con DEA y repaso de circuito interno en caso de colapso.

**Conclusiones.** La realización de simulacros de parada en los centros de salud ofrece la posibilidad de detectar errores en el circuito o en las competencias clínicas. Creemos que el hecho de realizar la filmación del simulacro es una herramienta útil para en análisis de la actuación, tanto para los evaluadores como para los participantes.

#### Violencia doméstica

#### //// ID 644

Una visión crítica de los resultados de la investigación en violencia de género. Análisis de actitudes y comportamientos de profesionales sanitarios y de las víctimas a través de investigación cuantitativa y cualitativa

Fernández Alonso M, Menéndez Suárez M, Herrero Velázquez S, Bolaños Gallardo E, Valpuesta Martín Y, Rodríguez Caldero C

Servicio de Coordinación sociosanitaria, Consejería de Sanidad de Castilla y León; Hospital Clínico Universitario; CS Medina de Rioseco. Valladolid. Castilla y León

Correo electrónico: carmenferal@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.644>

**Objetivos de la experiencia.** Realizar análisis crítico comparando resultados de cuatro estudios desarrollados para investigar actitudes y comportamientos ante la violencia de género (VG) con profesionales sanitarios y mujeres víctimas. Los estudios se desarrollaron en Atención Primaria de Castilla y León.

E1: estudio cuantitativo descriptivo transversal mediante cuestionario autoadministrado dirigido a médicos/as de familia (n = 817).

E2: estudio análogo con víctimas de VG mediante cuestionario heteroadministrado (n = 325).

E3: estudio cualitativo (grupo focal) con profesionales socio-sanitarios (6 grupos).

E4: estudio cualitativo mediante encuesta en profundidad a mujeres víctimas de VG (32 mujeres).

**Descripción de la experiencia.** Encontramos diferencias relevantes entre la información obtenida a través de métodos cualitativos y cuantitativos en actitudes y comportamientos tanto en profesionales como en víctimas.

En E1 conocimos comportamientos y actitudes de los profesionales. Hubo resultados que pensamos que no se corresponden con la realidad. Contestaron a algunas preguntas posiblemente más su «intención de hacer», que lo que realmente harían. Las buenas actitudes de los profesionales reflejadas en E1, no siempre eran confirmadas por las mujeres (E2).

En E3 se detectaron barreras internas no reconocidas en el E1. Afloraron resistencias de los profesionales que reflejan carencias, expectativas, miedos, no expresados en el cuantitativo. Similares resultados mostró el E4 con las mujeres. Conocimos su opinión en relación a la atención recibida, uso de servicios y papel de los profesionales.

**Conclusiones.** Es necesario hacer un análisis riguroso de los resultados de la investigación y contrastar con otras fuentes. Puede ser peligroso aceptar resultados sin un análisis crítico. La metodología cualitativa permitió visualizar aspectos indetectables en los cuantitativos.

## Cáncer

### //// ID 121

Efectividad clínica de un modelo de formación *on-line* en cuidados paliativos para médicos de Atención Primaria

Pelayo Álvarez M, Agra Varela Y, Cebrián D, Areosa A

Área 11 de Atención Primaria de Valencia; Agencia de Calidad del SNS, Madrid; Hospital de Guadarrama; Hospital de Getafe. Valencia, Madrid. Comunidad Valenciana, Comunidad de Madrid  
Correo electrónico: mpelayo@ribera10.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.121>

**Objetivos.** Primario: determinar la efectividad de los cuidados paliativos dispensados a los pacientes atendidos por médicos de Atención Primaria (AP) que han recibido una intervención educativa específica *on-line* sobre cuidados paliativos. Secundarios: determinar la calidad de vida de los pacientes y la satisfacción del cuidador principal.

**Material y métodos.** *Diseño:* ensayo aleatorizado simple ciego y controlado con grupo paralelo. *Ámbito:* médicos de AP del SNS de todo el país, y sus pacientes. *Inclusión:* médicos fijos, interinos o contratados por > 2 años, comprensión de inglés médico, acceso a internet. Pacientes con cáncer avanzado que precisan cuidados paliativos y su cuidador. *Intervención:* autoformación *on-line* en plataforma Moodle, 96 horas, tutorizado. *Control:* formación continuada en el área de trabajo. *Evaluación:* cuestionario breve del dolor, es-

cala de cuidados paliativos versión médico-paciente y Rotterdam autoadministrados en dos ocasiones entre 7-10 días. Cuestionario SERVQUAD, datos del paciente y cuidador principal. *Análisis:* descriptivo, correlación-Spearman, kappa-ponderado, T-test, no-paramétricas, MANOVA.

**Resultados.** Participaron 164 médicos y 121 pacientes-cuidador. Pacientes con tumores digestivos 28 % más prevalentes, 61,3 % hombres, 73 % educación básica, tratamiento con opioide 67,6 %, ECOG 4, 22,4 % mayor en grupo-control. En grupo-intervención: escala de cuidados paliativos, kappas 0,47-0,69 mayores que grupo-control en otros síntomas, ansiedad-paciente, ansiedad-familia y cuestiones prácticas; las puntuaciones graves disminuyeron al segundo pase en ansiedad-paciente, ansiedad-familia, información, soporte, cuestiones prácticas; la versión del médico, el ítem «merece la pena vivir» obtuvo diferencias significativas (p = 0,039). La intensidad del dolor fue menor en el 2,4 %, media -0,13 (IC 95 %: -1,27 a 0,48) y el impacto del dolor disminuyó un 3,3 %, media -0,37 (IC 95 %: -1,56 a 0,82). En el Rotterdam, la escala global fue menor en el 6 %, media -6 (IC 95 %: -16,3 a 4,17). La satisfacción del cuidador fue media-alta. Diferencias no significativas entre grupos en todos los cuestionarios.

**Conclusión.** La efectividad de la educación *on-line* se reflejó en diferencias puntuales entre grupos que fueron no significativas.

### //// ID 264

Teledermatología en Atención Primaria

Manzano Albacete L, Demarchi A, Avilés Vargas J, Pere Pedrol J, Caballero Vallés P, Prado Valdivieso R

CS Ángela Uriarte. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: jessiavi@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.264>

**Objetivos.** Evaluar la teleconsulta diferida desde Atención Primaria a Dermatología, como filtro de pacientes con lesiones sugestivas de malignidad, en términos de: tiempo de espera, exactitud diagnóstica, satisfacción del paciente y médico e incidencia de patología dermatológica maligna.

**Material y métodos.** *Diseño:* Estudio descriptivo de un proyecto piloto. *Ámbito de estudio:* 135 pacientes atendidos en un período de 5 meses en un centro de Atención Primaria, con lesiones sugestivas de malignidad. Envío de fotografía digital por correo electrónico al servicio de dermatología del hospital de referencia. *Criterios de inclusión:* lesiones cutáneas con alteraciones pigmentarias, síntomas asociados, preocupación del paciente o cambios en la lesión. *Criterio de exclusión:* lesiones inflamatorias. *Análisis* estadístico descriptivo de datos y grado de concordancia diagnóstica (índice Kappa) entre médico y dermatólogo.

**Resultados.** De las 122 teleconsultas incluidas en el estudio, el 81,4 % fueron lesiones benignas, destacando las queratosis seborreicas en 38 pacientes y un 18,6 % malignas, con 12 carcinomas basocelulares y 1 melanoma. El motivo más frecuente de consulta fueron cambios de las lesiones (72,1 %). El 42,6 % fueron diagnosticados por el dermatólogo en menos de 24 horas y el 13,9 % en menos de 2 horas. El 34,4 % fueron derivados al hospital para confirmación diagnóstica y tratamiento. La concordancia entre el médico de familia y el dermatólogo fue moderada, con k = 0,5385 con un IC 95 % (0,4384-0,6386). El 95,1 % de los pacientes y el 95,9 % de los médicos de familia refirieron estar satisfechos con este sistema.

**Conclusión.** La teledermatología es un buen método diagnóstico de lesiones sospechosas de malignidad, que podría incorporarse en AP, ya que se ha observado una disminución del tiempo de espera en la valoración por dermatología y con esto, detección precoz de patología tumoral.

**//// ID 530**

Elaboración y validación de un índice pronóstico de supervivencia para pacientes terminales atendidos a domicilio

Moreno Mateo R, Rodeles del Pozo R, Requena López A, Torrubia Atienza M, Barcons M, Busquets X

Equipo de Soporte en Atención Domiciliaria Zaragoza-II. Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: esad1y2@salud.aragon.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.530>

**Objetivos.** Identificar variables clínicas para elaborar un índice pronóstico de supervivencia útil a la cabecera del enfermo. **Material y métodos.** Estudio analítico, observacional y prospectivo, con pacientes terminales oncológicos atendidos en Atención Primaria por un equipo de Soporte de Atención Domiciliaria. Criterios de inclusión: mayores de edad, consentimiento informado y diagnóstico de neoplasia terminal. Constituyeron la muestra 246 pacientes: 173 para el grupo-elaboración y 73 para el de validación. Se siguieron durante 180 días, o hasta el fallecimiento o el alta. Se recogieron datos demográficos, de los cuidadores, información sobre la neoplasia, signos y síntomas, estado funcional y tratamiento. Se analizaron mediante pruebas de estadística básica, inferencial, y análisis de supervivencia y multivariante.

**Resultados.** De 173 pacientes del grupo-elaboración, 156 habían fallecido en el momento del análisis de los datos. En el análisis multivariante del modelo de partida se incluyeron aquellas variables significativas en el análisis univariante. Se observó asociación con menor duración de vida con: metástasis hepáticas, tratamiento corticoideo, llevar palomilla subcutánea, anorexia grave, caquexia, disnea severa, deterioro cognitivo, edemas severos y escala de Karnofsky < 50. Estas variables fueron seleccionadas para el modelo final (*TKS-score*) otorgándoles valores según coeficiente de regresión. Con este índice se clasificaron los pacientes del grupo-validación (73) en 3 grupos de riesgo, según la puntuación, tomando como puntos de corte los percentiles 25 y 75: Se comprobó, mediante la curva de Kaplan-Meier y el test del *log rank*, que mantenía la capacidad discriminativa.

**Conclusión.** El *TKS-score* permite inferir pronóstico de supervivencia entre pocos días y 2 meses. Es un índice sencillo y útil a la cabecera del enfermo para identificar grupos homogéneos de pacientes oncológicos terminales por su pronóstico de vida, según diferentes aspectos de calidad de vida, variables biológicas y síntomas clínicos, y está validado en una población independiente.

**SESIÓN ORAL 3**

Jueves, 9 de junio / 12.00-14.00 h

Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 7

**Atención a la mujer / Embarazo****//// ID 113**

¿Baja cobertura en el programa de detección precoz de cáncer de cérvix o se trata de un problema de infrarregistro en la historia clínica de Atención Primaria?

Rodríguez Barrios A, Vidal Solivellas C, Zourob N, Esteva M, Llorente San Martín M, Martínez Andión B  
CS de Son Pisa, Servei de Salut de les Illes Balears. Palma de Mallorca. Illes Balears

Correo electrónico: nzourob@ibsalut.caib.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.113>

**Objetivos.** Evaluar los factores relacionados con el infrarregistro de citologías preventivas dentro del programa de detección precoz de cáncer de cérvix.

**Material y métodos.** *Diseño:* estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* dos zonas básicas, 50.000 habitantes. *Muestra:* muestra aleatoria, mujeres entre 25-65 años, visitadas en los últimos 3 años, seleccionadas de la historia clínica informatizada (HCI). Se debe registrar la situación de la citología preventiva en mujeres en edad del programa cuando o bien se pregunta por antecedentes de citología preventiva o ésta se recomienda o se realiza en pestaña específica para el programa. *Entrevista telefónica y revisión de la HCI.* *Mediciones:* variables sociodemográficas, cobertura sanitaria, confianza con médico, recomendaciones, lugar de realización de citología, creencias respecto a la citología y al cáncer de cérvix.

**Resultados.** 238 mujeres, sólo 93 (39,4 %) figuraban como registradas en el programa en la HCI; 200 declaraban haberse realizado citología en < 3 años, de éstas, sólo 89 (44,5 %) están registradas en la HCI. El NO registro es más frecuente en mujeres con doble cobertura sanitaria 81,1 frente al 49,1 %; cuando la realiza un ginecólogo 81,5 % frente al 52,8 % comadrona/enfermera; cuando son realizadas en consulta ginecológica privada 86,4 frente al 57,1 % en consulta ginecológica pública o 27,6 % en centro salud ( $p < 0,001$ ) en todos los casos. También cuando el médico de familia es hombre 68,1 frente al 54,9 % ( $p = 0,045$ ); cuando las mujeres desconocen los circuitos para solicitar citología a la comadrona 67,7 frente al 24,4 % ( $p < 0,0001$ ) o al médico 72,9 frente al 52,6 % ( $p = 0,015$ ). No se relaciona con variables sociodemográficas, confianza con el médico, ni con las creencias.

**Conclusión.** Observamos una cobertura alta de citología preventiva en las mujeres atendidas en AP, sin embargo, esta situación no se refleja en la HCI, especialmente cuando se hace en el contexto clínico privado o por escaso registro del ginecólogo, desconocimiento del circuito y sexo del médico de familia. El infrarregistro no permite disponer de indicadores reales de cobertura y poder identificar a las mujeres con mayor riesgo de adherencia.

**//// ID 115**

Factores relacionados con la cobertura del programa de detección precoz de cáncer de cérvix en Atención Primaria

Rodríguez Barrios A, Vidal Solivellas C, Zourob N, Esteva M, Corredor Ibáñez M, Góngora Andrade M

CS de Son Pisa, Servei de Salut de les Illes Balears. Palma de Mallorca. Illes Balears

Correo electrónico: nzourob@ibsalut.caib.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.115>

**Objetivos.** Evaluar los factores relacionados con la realización de citología preventiva de cáncer de cérvix (CCX).

**Material y métodos.** *Diseño:* estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* dos zonas básicas, 50.000 habitantes. *Sujetos:* mujeres entre 25-65 años, visitadas en los últimos 3 años, seleccionadas aleatoriamente a partir de la historia clínica informatizada (HCI). *Entrevista telefónica y revisión HCI.* *Mediciones:* variables sociodemográficas, cobertura sanitaria, confianza con el médico, creencias y actitudes de la mujer respecto a la prevención del CCX.

**Resultados.** 238 mujeres, media de edad 42,07 años (DE = 10,9). En los últimos 3 años, 200 mujeres (84,7 %) declaraban haberse hecho una citología preventiva y 36 no. La proporción de mujeres sin citología es mayor entre las solteras (24,5 %) y separadas/divorciadas/viudas (21,9 %)

que entre las casadas (10,5 %),  $p = 0,026$ . También es mayor entre las que no tienen seguro privado 17,9 frente al 7,7 % que lo tienen,  $p = 0,045$ . Así mismo, es menos frecuente en las que desconocen cómo solicitar cita para citología a la comadrona (16,2 %) frente a las que sí,  $p < 0,004$ . Respecto a las creencias, la proporción de mujeres sin citología es mayor en las que declaran no saber si tienen alguna probabilidad de tener CCX en algún momento (37,5 %) respecto a las que se muestran de acuerdo (14,7 %) o en desacuerdo (7,9 %),  $p = 0,007$ ; lo mismo ocurre respecto a las respuestas sobre si creen que pueden tener un CCX en los próximos años, con 31,8, 27,3 y 7,8 %, respectivamente,  $p = 0,001$ . No se encontraron diferencias significativas según la distribución de las variables sociodemográficas, confianza, sexo del médico y resto de creencias.

**Conclusión.** Observamos que la mayoría de las mujeres atendidas en AP realizan citología preventiva. En las mujeres sin citología predominan las solteras, las que carecen de seguro privado, y las que declaran no saber si son vulnerables a padecer CCX.

### //// ID 349

¿Hay desigualdades en el cribado de cáncer de cérvix?

Castellà Dagà I, González Tarrés A, Ibáñez Masferrer M, Rivero Gemar D, Ciudad Alpuente R

ABS de Salt. Girona. Cataluña

Correo electrónico: icastella@comg.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.349>

**Objetivos.** Comparar la cobertura de cribado del cáncer de cuello de útero en diferentes colectivos de mujeres: autóctonas, marroquíes y latinoamericanas.

**Material y métodos.** *Diseño:* estudio descriptivo transversal. *Ámbito:* centro de Atención Primaria semiurbano. *Población* adscrita: 30.999. *Criterios de selección:* todas las mujeres de dichos colectivos que acudieron a la consulta, de 25 a 65 años, sexualmente activas y no histerectomizadas. *Sujetos:* 63 autóctonas, 64 marroquíes y 61 latinoamericanas. Los datos fueron recogidos con entrevista clínica y el registro informático. *Variables:* edad, registro informático del último examen ginecológico, hijo  $< 3$  años, año de última revisión, método anticonceptivo, revisión en la sanidad privada, número de hijos. *Análisis estadístico:* Access 2007. *Limitaciones:* sesgo de memoria.

**Resultados.** Las medias de edad fueron de 44,6 años ( $\pm$  DE 10,58) para autóctonas, 39,14 ( $\pm$  DE 8,87) para marroquíes 39,04 ( $\pm$  DE 8,98) para latinoamericanas. El porcentaje de cobertura fue del 79,36 % (IC 89,35-69,37 %) en autóctonas, del 57,81 % (IC 69,9-45,72 %) en marroquíes y del 73,77 % (IC 84,8-62,74 %) en latinoamericanas. Si hacemos un subanálisis sin las mujeres que tienen un hijo menor de 3 años, los porcentajes de cobertura se mantienen en las autóctonas, 78,43 %, caen al 27,27 % y 68,62 % en marroquíes y latinoamericanas. El registro informático de dicha actividad preventiva fue del 11,11, 6,25 y 3,27 %, respectivamente. El 47,61 % de las autóctonas utilizaba algún método anticonceptivo, frente al 60,93 % de las marroquíes y el 57,37 % de las latinoamericanas. Son las autóctonas las que más se visitan en la sanidad privada, 43,47 %. El índice de natalidad es de 2,8 en marroquíes, 2,19 en latinoamericanas y 1,58 en autóctonas.

**Conclusión.** Menor cobertura en el colectivo marroquí y este se acentúa en las mujeres que no han tenido un hijo en los últimos 3 años. Escaso registro informático de la actividad preventiva.

## Atención al adolescente

### //// ID 670

Factores que influyen en la práctica de sexo no seguro en adolescentes

Gómez Fernández M, Suárez Cadenas R, Díaz Samos R, Vélez Clares B, Moreno Román E, García Tirado M

CS Huétor-Tájar. Granada. Andalucía

Correo electrónico: comamen\_gomez\_fdez@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.670>

**Objetivos.** Conocer la problemática percibida por adolescentes en su entorno. Conocer los factores que intervienen en la práctica de sexo no seguro. Detectar variabilidad por género.

**Material y métodos.** *Diseño:* estudio transversal. *Ámbito:* comunitario, rural. *Población:* adolescentes (151) escolarizados de 3º ESO (14-17 años). *Instrumento de medida:* encuesta autocumplimentada. *Análisis:* descriptivo. Ji al cuadrado. Alfa Cronbach 76 %. Factorial con tres componentes (65 % varianza). Bivariante.

**Resultados.** El 56 % son mujeres y el 44 % varones. Un 84 % tiene 14-15 años. Nueve de cada 10 perciben su salud como buena. No consideran frecuentes en su entorno las ETS (90 %) ni el embarazo (82 %). Declara sexo con penetración un 17 % (65 % sin condón). Manifiestan acuerdo con creencias erróneas: «contagio ETS requiere varias relaciones sexuales» (24 %) y «por una vez sin condón no pasa nada» (16 %). Encuentran difícil comprar (36 %) y llevar (24 %) condones al igual que se sienten poco capaces y decididos para esta tarea (38, 33, 49 y 47 %, respectivamente). Con  $p = 0,00$  las mujeres tienen impedimentos para comprar y llevar condones. Ante la situación de encuentro sin condón manifiestan acuerdo con opciones no seguras: «por una vez no pasa nada», «no perdería la oportunidad», «lo haría marcha atrás» el 21, 23 y 25 %. Los varones manifiestan en mayor proporción acuerdo con marcha atrás y no perder oportunidad ( $p = 0,00$ ) y desacuerdo con aplazar encuentro ( $p = 0,00$ ).

**Conclusión.** Dos tercios de los adolescentes que han mantenido relaciones lo han hecho sin condón. Adjudican escasa importancia a problemas como embarazo y ETS. La problemática del modelo cognitivo de práctica de sexo seguro difiere por género centrándose las dificultades en mujeres para comprar y llevar condones y en varones para rechazar un encuentro sin condón.

## Atención al anciano

### //// ID 12

Opiniones y actitudes del personal de Atención Primaria ante el documento de voluntades anticipadas

Fariñas Balaguer O, Prieto Villanueva C

Hospital Santa Creu i Sant Pau; EAP El Pla. Sant Feliu de Llobregat (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: ofarinasb@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.12>

**Objetivos.** Describir opiniones del personal de un área de salud respecto al documento de voluntades anticipadas (DVA) comparando 2005 y 2010.

**Material y métodos.** Tipo de estudio: estudio descriptivo cualitativo-cuantitativo. *Ámbito:* rural/urbano, Atención Primaria. Organizamos 5 grupos focales en EAP explicando

contenidos del DVA y dialogando sobre ética al final de la vida. Un moderador centra y guía la sesión. Distribuimos una encuesta anónima. Variables cuantitativas: nº demandas DVA, nº DVA facilitados, nº DVA asesorados. Variables cualitativas: personal (médico/a, enfermero/a, administrativo/a), conocimiento de la existencia de DVA, conocimiento de las partes del DVA, demandas del DVA, facilitación del DVA, asesoramiento sobre el DVA, utilidad del DVA, dificultades del DVA, difusión del DVA, un DVA propio. Se repiten las sesiones trascurridos 5 años con la misma metodología.

**Resultados.** N = 42 encuestas. Participantes: médico/a: 43 %, enfermero/a: 45 %, administrativo/a: 12 %, casi todos (98 %) conocen la existencia del DVA pero un 50 % no lo conocen íntegramente. El 38 % de los participantes han recibido alguna demanda de información sobre DVA, y el 29 % habían facilitado el DVA al usuario. Sólo el 22 % asesoraron al paciente. Casi todos (98 %) consideran útil o muy útil para su labor asistencial el DVA. El 93 % consideran que habría que difundirlo entre la población. Un 63 % ven dificultades en la población para decidirse a hacer el DVA y sólo un 36 % de los profesionales sanitarios han hecho o pensado hacer su propio DVA. Hace 5 años: 69 encuestas con distribución entre médicos (53,6 %) y enfermeras (46,4 %) de entonces, frente al 49 % y 51 % de ahora. Diferencias entre 2005 y 2010: conocimiento de la existencia de DVA, 78,7 % frente al 98 % ( $p = 0,0311$ ); conocimiento de las partes del DVA, 72,3 % frente al 50 % (no comparable); recibir demanda, 11,5 % frente al 38 % ( $p = 0,0077$ ); facilitar el DVA, 7 % frente al 29 % ( $p = 0,013$ ); asesoramiento sobre un DVA, 8,7 % frente al 22 % (NC); si es útil o muy útil el DVA, 80 % frente al 98 % ( $p = 0,0442$ ); dificultad población DVA, 75 % frente al 62 % (NS); divulgación del DVA, 70 % frente al 93 % (NC); pensar un propio DVA, 30 % frente al 36 % (NS).

**Conclusión.** Transcurrido el tiempo hay mayor conocimiento del DVA por el personal EAP, aunque la información pueda ser incompleta. Se aprecia mayor demanda informativa por los usuarios. El DVA se considera útil en la toma de decisiones de la práctica clínica. No se observan variaciones significativas entre los profesionales sanitarios en plantearse el propio DVA.

#### //// ID 148

Evaluación del dolor en abuelos institucionalizados

Rubio González M, Gajardo Barrera M,

Lozano Gómez M, Blasco Morente M,

Parra Sánchez J

CS de Almaraz. Cáceres. Extremadura

Correo electrónico: manuela.rubio@telefonica.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.148>

**Objetivos.** Evaluar la presencia de dolor en pacientes institucionalizados con y sin deterioro cognitivo (DC). Establecer la correlación entre la existencia de dolor y tratamiento prescrito según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

**Material y métodos.** *Diseño:* estudio transversal prospectivo. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. En 49 pacientes ingresados en una residencia sociosanitaria se evaluó la existencia de dolor. A los pacientes con DC moderado-grave se les aplicó el cuestionario PAINAD y sin DC o deterioro leve, el cuestionario del dolor Mc Gill Pain Questionnaire (MPQ). Se evalúa la intensidad del dolor actual (VIA) y la Escala Analógica Visual. El tratamiento prescrito se estableció según la escala del dolor de la OMS además de la presencia de coadyuvantes. Se evaluaron los resultados

por frecuencias t de Student o ANOVA y correlación por ji al cuadrado.

**Resultados.** 48 encuestas, 40 (83 %) sin DC y 8 (17 %) con DC, de  $88,4 \pm 5,4$  años de edad (77 % mujeres). De 40 pacientes sin DC, 28 (70 %) padecían dolor, con puntuación media MPQ de  $8,4 \pm 7,3$  (sensorial  $4,3 \pm 3,6$ ; afectivo  $3,4 \pm 0,7$  y evaluativo  $0,7 \pm 0,7$ ). VIA =  $2,03 \pm 1,7$  y EVA = 31,5 %. Tratamiento pautado: 40 % sin tratamiento, 37 % tratamiento en la escala 1, 10 % en la escala 2 y 13 % con tratamiento en la escala 3 de la OMS, y coadyuvantes en el 25 %. La correlación entre EVA y MPQ = 0,71 ( $p < 0,001$ ); EVA y tratamiento OMS = 0,45 ( $p < 0,01$ ); MPQ y tratamiento OMS = 0,32 ( $p < 0,05$ ).

La puntuación del PAINAD fue de  $3,63 \pm 2,2$ : leve (38 %), moderado (50 %) e intenso (13 %), no teniendo prescrito ningún paciente con DC tratamiento analgésico alguno.

**Conclusión.** Existe una infraestimación de la presencia de dolor en pacientes con DC y por tanto, un sufrimiento evitable. Los pacientes sin DC presentan una percepción de dolor elevada, principalmente a expensas del componente afectivo, con una baja prescripción analgésica. Se precisa un abordaje multidimensional por parte del médico de AP para el correcto manejo de dolor en pacientes institucionalizados.

#### //// ID 513

Riesgo nutricional específico en presencia de depresión o deterioro cognitivo

Arija Val V, González Pérez R, Angera Perpiñà C,

Lucena Luque C, Reyes Curto A,

Martín Vergara N

Ámbito de Atención Primaria Tarragona-Reus;

IDIAPI Jordi Gol. Tarragona. Cataluña

Correo electrónico: victoria.arija@urv.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.513>

**Objetivos.** Describir las características nutricionales en sujetos del Programa de Atención Domiciliaria con riesgo nutricional que presentan características depresivas, deterioro cognitivo, o ambos.

**Material y métodos.** *Diseño:* estudio descriptivo transversal multicéntrico realizado en Atención Primaria. *Sujetos:* pacientes > 65 años del Programa de Atención Domiciliaria, con MNA entre 17 y 23,5 (riesgo de desnutrición). Se valoró: riesgo de depresión (test de Yesavage), deterioro cognitivo (test de Pfeiffer), características sociodemográficas, clínicas, antropométricas (IMC, circunferencia brazo [CB] y pantorrilla [CP]), escala de valoración sociofamiliar y dependencia (test Barthel). Estado bioquímico: albúmina, prealbúmina, hemoglobina, saturación de transferrina y ferritina. Se han utilizado las pruebas estadísticas de ji al cuadrado, t de Student, Fisher y análisis de varianza con el programa SPSS/PC versión 17. Este trabajo es el inicio de un ensayo de intervención comunitaria. Aprobado por el Comité ético del IDIAPI Jordi Gol.

**Resultados.** Participan 184 (68,3 % mujeres),  $84,3 \pm 8$  años. El 31,6 % presentan riesgo de depresión, el 14,6 % deterioro cognitivo, el 36,3 % las dos alteraciones y el 17 % ninguna. Entre estos cuatro grupos se observan similares porcentajes de sujetos con bioquímica deficitaria: albúmina (83,6 %), prealbúmina (59,6 %), hemoglobina (46,1 %), saturación de transferrina (63 %) y ferritina (8,4 %). El grupo con riesgo de depresión tiene valores antropométricos superiores al de deterioro cognitivo (IMC:  $28,9$  frente a  $23,2$   $\text{kg/m}^2$ ,  $p < 0,001$ ; CB:  $29,2$  frente a  $25,5$  cm,  $p < 0,05$ ; CP:  $33,9$  frente a  $30,7$  cm,  $p < 0,01$ ; mayor frecuencia de IMC > 28  $\text{kg/m}^2$  (45,5



frente al 13 %,  $p < 0,01$ ) y menor frecuencia de  $IMC < 22 \text{ kg/m}^2$  (15,7 frente al 52,2 %,  $p < 0,01$ ). Ambos grupos presentan mayor situación de riesgo social ( $p < 0,01$ ) que los sujetos sin estas características.

**Conclusión.** Un elevado porcentaje de sujetos con riesgo nutricional valorado por el MNA incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria que tienen malnutrición proteica y anemia. Si además tienen riesgo de depresión, su malnutrición energética es por exceso y si tienen deterioro cognitivo, por defecto. Estas peculiaridades deben considerarse en la intervención nutricional preventiva.

#### //// ID 545

Riesgo social de pacientes atendidos en un programa de atención domiciliaria

García Planas N, Benachi Sandoval N, Juan Andrés C, Suárez E, López Poyato M

Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample;

Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: nbenachi@clinic.uib.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.545>

**Objetivos.** Determinar el riesgo social de los pacientes de atención domiciliaria (ATDOM) en la Atención Primaria.

**Material y métodos.** *Diseño:* estudio descriptivo, transversal. *Muestra:* 414 participantes. *Variables:* edad, sexo, riesgo social (vivir solo, cuidador, Gijón, Lawton y Brody). *Recogida de datos:* revisión sistemática de las historias clínicas de los pacientes ATDOM entre 01/06/2007 y 29/02/2008. Se incluyó en la base de datos el último dato recogido en cada variable de estudio. *Plan de análisis:* las variables que conforman el factor riesgo social fueron recodificadas y transformadas en escala de 0-100, siendo cero sin riesgo y 100 máximo riesgo. Luego se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas; y media, mínima, máxima, desviación estándar (DE) e intervalo de confianza (IC) al 95 % para las variables cuantitativas.

**Resultados.** El 73,4 % ( $n = 304$ ) de la población fueron mujeres, con una media de edad de 87 años (edad mínima 56; máxima 106; IC: 86,62-88,19). El 26,6 % (110) fueron hombres, con una media de edad de 85 años (edad mínima 59; máxima 101; IC: 82,84-86,22). En 16 (4 %) casos no se pudo evaluar el riesgo social por falta de información. De los 398 pacientes en quienes se determinó el riesgo social, en el 62,6 % ( $n = 249$ ) no hubo riesgo y en el 37,44 % ( $n = 149$ ) se presentó una media de riesgo del 27,76 (riesgo mínimo 6,25; máximo 62,50; DE 12,89). Al analizar la media de riesgo por sexo, se observó que el riesgo fue superior en hombres ( $n = 25$ ; media 27,50; DE 16,44) que en mujeres ( $n = 124$ ; media 25,40; DE 12,11)  $p = 0,004$ .

**Conclusión.** Aunque la media de edad es superior al indicador de fragilidad de alto riesgo, la variable de riesgo social indica que el 62,6 % no presentó riesgo alguno. Para una buena valoración del paciente ATDOM es imprescindible tener en cuenta aquellas variables que influyen directamente sobre la capacidad de autocuidado del paciente, los recursos de que dispone, o ambos.

#### //// ID 557

Cuidadores informales: cómo son y cómo están

Bonet Simó J, Rosell Murphy M, Bellerino Serrano E, Solé Sancho F, Krier Gunther I, Pons Segura M

SAP Cerdanyola-Ripollet, IDIAP Jordi Gol. Cerdanyola del Vallès (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: dferriz@xtec.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.557>

**Objetivos.** Conocer la calidad de vida y la sobrecarga de los cuidadores informales y el perfil del cuidador.

**Material y métodos.** *Diseño:* estudio descriptivo transversal. *Ámbito:* 9 centros de Atención Primaria. *Sujetos:* cuidadores principales informales de pacientes en atención domiciliaria. *Inclusión:* edad  $> 18$  años, no remuneración por el cuidado. *Exclusión:* período intermitente de cuidados, cuidador de menos de 1 año de duración. *Variables:* dependientes: percepción de calidad de vida (SF12), sobrecarga del cuidador (Zarit reducido), independientes: variables del cuidador, 1) individuales: sociodemográficas, tiempo cuidando, patologías crónicas, escala ansiedad-depresión de Goldberg, y 2) familiares: función familiar (apgar), apoyo social (MOS). Variables del paciente cuidado: sociodemográficas, deterioro cognitivo (Pfeiffer), grado de dependencia (Barthel).

**Resultados.** 203 cuidadores: 83 % mujeres. Media de edad:  $62,87 \pm 13,17$ , con  $8,28 \pm 7,59$  años cuidando. Tenían  $2,45 \pm 1,67$  patologías crónicas. El 85,2 % eran familiares de primer grado. El 58 % sin trabajo remunerado. Había agotamiento (Zarit) en el 69,45 % de los cuidadores, con puntuación de  $20,94 \pm 7,52$ . Apgar familiar  $7,96 \pm 2,47$ , apoyo social (MOS)  $71,68 \pm 17,50$ . El test de Goldberg puntuó para ansiedad  $3,43 \pm 3,17$  y para depresión  $2,84 \pm 2,86$ . La calidad de vida autopercebida puntuó  $44,20 \pm 10,93$  en el componente físico y  $42,08 \pm 12,5$  en el mental.

Los pacientes dependientes con  $82,23 \pm 12,08$  años tenían  $38,57 \pm 28,09$  puntos en la escala de Barthel y  $6,29 \pm 3,69$  en el Pfeiffer. No se ha encontrado asociación entre la sobrecarga del cuidador y las variables estudiadas.

**Conclusión.** El perfil del cuidador informal corresponde a una mujer, de 60 a 69 años de edad, que presenta alteración de la calidad de vida y sobrecarga, padece múltiples patologías crónicas, y que cuida a un paciente mayor de 80 años con dependencia grave.

#### //// ID 594

Riesgo social, una realidad de salud en los ancianos

Menero Buldó L, Monteserín Nadal R, Reyes Reyes C, Vila García J, Serrano Pons H, Fernández Valverde D

EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: rmonteserin@eapsardenya.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.594>

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de riesgo social en una población anciana comunitaria.

**Material y métodos.** *Diseño:* estudio observacional descriptivo. *Ámbito:* centro de salud urbano. *Población de estudio:* ancianos mayores de 75 años, de ambos sexos. Tamaño de la muestra: 620 sujetos. *Criterios de inclusión:* sujetos autónomos para acudir a las consultas del centro de salud. *Metodología:* aplicación de la valoración geriátrica integral y la escala de valoración sociofamiliar de Gijón. *Variables:* sociodemográficas, clínicas, funcionales y afectivo-cognitivas, nutricionales y riesgo social. **Resultados.** De los 623 sujetos, el 60 % eran mujeres, con una media de edad (DE) de 80,2 años (3,9), el 15 % tenía más de 85 años, el 50,2 % vivían en pareja y el 41,3 % eran viudos/as, el 30,6 % vivía solo/a. El 51,4 % no tenía estudios o sólo estudios primarios. Un 20,5 % del total de la población refería haber sufrido al menos una caída en los últimos 6 meses, el 6,3 % presentaron riesgo de malnutrición y el 22 % riesgo de depresión. Consumían una media de 4,6 fármacos y el 30 % referían una mala autopercepción de salud. La media (DE) de puntuación en el índice de Barthel de la muestra total fue de 96,21 (6,05) y la media (DE) de puntuación en el índice de Lawton de la muestra total fue de 6,84 (1,63), el 35,8 % presentó riesgo social según la escala de valoración social de Gijón.

**Conclusión.** Un tercio de nuestra población presentó riesgo social. El riesgo social en los ancianos los hace más vulnera-

bles e incrementa el riesgo de aparición de desórdenes físicos y psíquicos. Desde Atención Primaria, se deberían establecer estrategias de intervención social que contribuyan a mejorar la salud e integración social de la población anciana.

#### //// ID 755

Efectividad del calcio y la vitamina D en la reducción de caídas en las personas mayores

##### Grupo Anvitad

Unidad de Investigación de la Gerencia de AP de Albacete.

Albacete. Castilla-La Mancha

Correo electrónico: jesusl@sescam.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.755>

**Objetivos.** Evaluar la efectividad del aporte de calcio y vitamina D en la reducción de caídas espontáneas en las personas mayores de 65 años y evaluar su repercusión en la función musculoesquelética.

**Material y métodos.** *Diseño:* ensayo clínico en fase III de evaluación de eficacia y seguridad en una nueva indicación de fármacos ya comercializados. Ensayo paralelo de dos grupos, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo. *Ámbito:* consultas de Atención Primaria. *Tipo de estudio:* multicéntrico. *Sujetos:* se incluyeron 494 sujetos, de 65 o más años de edad. *Intervención:* fármaco experimental, administración conjunta diaria de 800 UI de vitamina D y 1.000 mg de calcio (238 sujetos). *Fármaco de control:* placebo (256 sujetos). *Mediciones:* incidencia de caídas espontáneas, cambios en la fuerza muscular en mano dominante evaluada mediante dinamometría y cambios en la función musculoesquelética, evaluada mediante la prueba *timed up and go*.

**Resultados.** Mediante un análisis por intención de tratar se comprobó que la proporción de sujetos que en un período de seguimiento de 6 meses sufrieron alguna caída accidental fue del 7,6% en el grupo tratado y del 10,5% en el grupo que recibió placebo, sin alcanzar significación estadística esta diferencia ( $p=0,24$ ), si bien el número medio de caídas fue significativamente inferior en el grupo tratado (0,09 frente a 0,19;  $p=0,03$ ). No se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar la fuerza muscular en los sujetos de ambos grupos (25,98 frente a 25,88 kg) ni la duración media de la prueba *timed up and go* (11,9 frente a 10,8 seg).

**Conclusión.** La administración de calcio y vitamina D produce una ligera reducción en el número de caídas espontáneas sin que se haya objetivado una mejoría en la función musculoesquelética en los ancianos que han recibido un aporte de dichos fármacos durante un período de observación de 6 meses.

#### SESIÓN ORAL 4

Jueves, 9 de junio / 12.00-14.00 h

Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 11

### Osteoporosis / Aparato locomotor

#### //// ID 328

Riesgo de fractura osteoporótica de cadera analizado mediante FRAX™ en población femenina española.

¿Se ajustan los resultados de 10 años de seguimiento a los riesgos de fractura osteoporótica esperados para España, Francia y Reino Unido?

Ortiz Alinque S, Azagra Ledesma R, Encabo Duro G, Aguyé Batista A, Roca Figueras G, Abado L

EAP Serrapareira; EAP Badia del Vallès; Departamento de Medicina,

Universitat Autònoma de Barcelona; USR Metropolitana Nord, Idiap

Jordi Gol. Cerdanyola del Vallès, Badia del Vallès (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: razagra@telefonica.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.328>

**Objetivos.** Antecedentes: la probabilidad de fractura osteoporótica (FxOp) en la vida de una mujer después de los 50 años está calculada en 39, 41 y 60% para España, Francia y Reino Unido (RU), respectivamente. La FRAX™ es una herramienta en desarrollo y no está validada todavía en España. Permite determinar el riesgo absoluto de fractura a 10 años sin/ con *T-score* del fémur proximal de la densitometría axial por absorción dual de rayos X (DXA). **Objetivo:** analizar la relación existente entre las FxOp de cadera observadas (incidentes) y las FxOp esperadas por FRAX™ a los 10 años para población femenina española. Se esperan unos resultados del 5,1 y 53,8% superiores cuando el cálculo de la probabilidad de FxOp se realiza en la web del FRAX™ para Francia y RU, respectivamente, que al realizarla en el FRAX™ para población femenina española.

**Material y métodos.** FxOp de cadera incidentes en muestra de 661 mujeres españolas seguidas 10 años de la cohorte FRIDEX (25.731 mujeres  $\geq 40$  años remitidas a DXA con seguimientos desde 1999) con FRAX™ basal, sin tratamiento basal de medicamentos con actividad ósea. **Mediciones:** probabilidad de FxOp esperadas mediante FRAX™ en web para España, Francia y RU.

**Resultados.** Ocurrieron 18 FxOp de cadera en 17 mujeres españolas. Para FxOp de cadera, el FRAX™ español sin/ con *T-score* esperaba 5,8 (relación observadas/esperadas 2,9) ( $p < 0,0001$ ) y 7 (relación observadas/esperadas 2,4) ( $p < 0,0001$ ) respectivamente. El FRAX™ francés esperaba 8,2 ( $p = 0,0021$ ) y 9,6 ( $p = 0,0159$ ). El FRAX™ RU 9,3 ( $p = 0,010$ ) 10,7 ( $p = 0,0531$ ). Los resultados en FRAX™ Francia fueron un 41,2 y 37% superiores a la española sin/ con *T-score*. Para RU fueron un 59,5 y 53,1% superiores a la española, respectivamente.

**Conclusión.** Las FxOp de cadera esperadas por FRAX™ para mujeres españolas difieren significativamente de las observadas. Además, FRAX™ calcula un porcentaje claramente inferior de fracturas analizando las diferencias esperadas respecto a Francia y RU.

#### //// ID 376

Cumplimiento terapéutico en pacientes con osteoporosis establecida

Coderch Aris M, Martínez Laguna D, Orozco López P, Bayó Llibre J, González Berbería C, Roca Saumell C

CAP Sardenya, CAP Sant Martí de Provençals, CAP Gòtic,

CAP El Clot. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: 34859dml@comb.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.376>

**Objetivos.** Valorar mediante entrevista clínica el cumplimiento terapéutico en pacientes con osteoporosis establecida. Secundariamente se analizará el cumplimiento según el tiempo de tratamiento y la posología.

**Material y métodos.** Pacientes de ambos sexos entre 40 y 90 años con osteoporosis establecida atendidos en 12 centros de Atención Primaria urbanos que participan en el seguimiento de cohorte VERFOECAP; se excluyeron pacientes con deterioro cognitivo o atención domiciliaria. Mediante entrevista clínica, se recogió información sobre tipo y tiempo de tratamiento antirresortivo y suplementos de calcio y vitamina D y se valoró el cumplimiento terapéutico mediante tests de Morinsky-Green (MG) y de Hayes-Sackett (HS). Aceptando un riesgo alfa de 0,95 en un contraste bilateral para una proporción estimada del 65% (según bibliografía), una muestra aleatoria de 137 sujetos sería suficiente para asegurar una precisión del 8% en nuestra estimación.

**Resultados.** De los 191 pacientes incluidos de media de edad de  $73,9 \pm 9,1$  años el 66,5 % realizaba tratamiento con algún fármaco antirresortivo con una media de tratamiento de  $2,4 \pm 2,9$  años. Un 66,1 % y un 63,9 % recibían suplementos de calcio y vitamina D, respectivamente. El cumplimiento valorado mediante test MG fue del 66,9 % y mediante test HS del 85,1 % con un índice Kappa de 0,523 ( $p = 0,000$ ). En pacientes con menos de 1 año de tratamiento el cumplimiento mediante test MG era del 79,3 % y en los de más de 1 año del 63,9 %, diferencia no significativa ( $p = 0,149$ ). Según posología, el cumplimiento según test MG fue del 67,86 %, 76,92 % y 63,16 % para las formas semanales, mensuales y diarias, respectivamente ( $p = 0,711$ ).

**Conclusión.** El cumplimiento observado en nuestra cohorte es similar al de la bibliografía, siempre mayor al utilizar el test HS. El cumplimiento es menor cuanto más tiempo de tratamiento y mayor número de dosis requeridas.

### //// ID 384

Impacto en la calidad de vida de los pacientes del estudio VERFOECAP

Coderch Aris M, Nogués Solan X, Sancho Almela F, Aoiz Linares J, Guarner Aguilar A, Prieto Alhambra D

CAP Sardenya, Urfoa-Imim-Parc de Salut Mar, CAP Sant Martí de Provençals, CAP El Clot, CAP La Pau, CAP Passeig Sant Joan. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: dprieto@idiapjgol.info

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.384>

**Objetivos.** El impacto en la calidad de vida en relación a la salud (ICVRS) de los pacientes atendidos en los centros de Atención Primaria (CAP) puede ser cuantificado de forma fácil y objetiva. La osteoporosis es una enfermedad con ICVRS, sobre todo cuando existen fracturas (Fx). Uno de los objetivos del estudio VERFOECAP es valorar de forma prospectiva este ICVRS.

**Material y métodos.** Pacientes con edades comprendidas entre 40 y 90 años con historia de Fx por fragilidad (húmero, Colles, vertebral [FxV], fémur [FxF] y pelvis), controlados en los 12 CAP participantes en VERFOECAP. Criterios de exclusión: pacientes con dificultad para desplazarse al CAP, alteraciones cognitivas que no permitan responder a los cuestionarios. El ICVRS se midió mediante EuroQol-5D genérico para la salud y ECOS-16, específico para osteoporosis, ambos autoadministrados.

**Resultados.** Se incluyeron 191 pacientes, 25 varones y 166 mujeres, de edad  $73,9 \pm 9,0$ . Un 32,5 % de ellos tenían más de una Fx y un 44,5 % presentaban al menos una FxV. Los valores de EUROQOL-5D en cuanto a movilidad demostraron problemas para caminar en el 47,7, 59,3 y 51,4 % de los pacientes con alguna Fx, FxV, y FxF, respectivamente, para actividades cotidianas en el 38,8, 52,3 y 34,3 %, y moderado o mucho dolor o malestar en el 67,6, 80,2 y 65,7 %, respectivamente. Los resultados para ECOS-16 fueron  $2,03 \pm 0,8$ ,  $2,32 \pm 0,8$  y  $2,0 \pm 0,8$  para cualquier Fx, FxV y FxF, respectivamente.

**Conclusión.** Globalmente la valoración del ICVRS con EUROQOL-5D de la movilidad y de la capacidad para las actividades cotidianas estaba disminuida en más del 50 % de los pacientes, incluso en aquellos con sólo Fx. Los pacientes con FxV tenían peor puntuación según ECOS-16. Se confirma que los pacientes con osteoporosis establecida tienen un ICVRS que se puede cuantificar en CAP mediante dos cuestionarios sencillos de realizar.

### //// ID 386

Hipovitaminosis D en una población con osteoporosis establecida, atendida en la Atención Primaria de Salud Prieto Alhambra D, Amer Elías R, Jane I Julio C, Alegret Teijeiro F, Zwart Salmerón M, Martínez Laguna D

CAP Passeig de Sant Joan, CAP Sagrera, CAP Gibert, CAP Sant Martí de Provençals. Barcelona, Girona. Cataluña

Correo electrónico: dprieto@idiapjgol.info

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.386>

**Objetivos.** A pesar de que existe la creencia de que nuestra población, debido al estilo de vida mediterráneo, no sufre insuficiencia de vitamina D, evidencias recientes sugieren lo contrario. Nos planteamos estudiar la prevalencia de hipovitaminosis D, definida según el estándar más comúnmente aceptado (niveles plasmáticos de 25-hidroxi-D  $< 30$  ng/mL) en una población con osteoporosis establecida en Atención Primaria (AP). Secundariamente, analizamos si existía diferencia en niveles de 25-hidroxi-D entre pacientes con y sin tratamiento con suplementos orales de vitamina D.

**Material y métodos.** *Participantes:* en la visita de reclutamiento de la cohorte VERFOECAP, se incluyó una muestra aleatoria de 191 pacientes con al menos una fractura osteoporótica (definición de osteoporosis establecida), atendidos en 12 centros de salud de Cataluña. De estos, se midieron niveles plasmáticos de 25-hidroxi-D en 164 sujetos mediante procedimiento estándar en laboratorios de referencia de AP. *Tamaño muestral:* aceptando un riesgo alfa de 0,95, en un contraste bilateral para una proporción estimada del 70 % (según la bibliografía), una muestra aleatoria de 81 sujetos sería suficiente para asegurar una precisión del 10 % en nuestra estimación. Nuestra población dobla este número.

**Resultados.** De los 164 pacientes evaluados, 100 (61 %) tenían hipovitaminosis D. Además, observamos niveles deficientes ( $< 20$  ng/mL) en 59 (36,0 %) y muy deficientes ( $< 10$  ng/mL) en 13 (7,9 %) casos. Los niveles de 25-hidroxi-D fueron significativamente más altos ( $p < 0,001$ , diferencia media 13,6 [IC 95 % 6,3 a 21,0]) en los 104 pacientes que tomaban suplementos que en los 60 que no los tomaban.

**Conclusión.** La hipovitaminosis D es muy prevalente en los pacientes con osteoporosis establecida. La suplementación oral se relaciona con niveles plasmáticos más altos de vitamina D. A pesar de ello, un porcentaje considerable de estos pacientes (60/164) no la reciben, o no reciben una dosis suficiente.

### //// ID 395

Suplementos de calcio, ¿tenemos en cuenta el aporte de calcio en su indicación?

Arias Moliz I, Farran Aragonés A, Urdiain Agorri R, Estrada Laza P, Liesa Rallo J, Martínez Laguna D

CAP El Clot, CAP Barri Llatí, CAP Sagrera, CAP Casc Antic, CAP Sant Martí de Provençals. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: 34859dml@comb.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.395>

**Objetivos.** Valorar la relación entre la ingesta dietética de calcio y el tipo de suplemento de calcio utilizado en pacientes con osteoporosis establecida.

**Material y métodos.** De la cohorte VERFOECAP de pacientes entre 40 y 90 años con osteoporosis y fractura patológica entre 2006 y 2008 en la que participan 12 centros de Atención Primaria (CAP) de ámbito urbano. Se excluyeron los pacientes de atención domiciliaria o con alteraciones cognitivas. Se recogieron mediante entrevista clínica datos antro-

pométricos, de prescripción y se valoró la ingesta de calcio mediante encuesta INDICAD.

**Resultados.** Del total de los primeros 191 pacientes incluidos, un 86,9 % eran mujeres y la media de edad fue de  $73,9 \pm 9,1$ . Un 66,5 % recibían algún antirresortivo, el más frecuente alendronato (51,9 % del total de antirresortivos). Un 66,1 % y un 63,9 % recibían suplementos de calcio y vitamina D, respectivamente. Un 57,6 % suplementaban con calcio en dosis de 1.000-1.200 mg/día. La mediana de ingesta de calcio en la dieta fue de 1.032,5 mg/día. Un 45,5 % ingerían menos de 1.000 mg/día de calcio en dieta y de estos, el 37,2 % no recibían suplemento. En los pacientes con aporte de calcio en dieta por encima de 1.000 mg un 68,9 % recibían suplementos y un 48,3 % en dosis de 1.000-1.200 mg/día.

**Conclusión.** Uno de cada tres de nuestros pacientes con osteoporosis y fractura patológica no reciben ningún fármaco antirresortivo ni suplementos de calcio y vitamina D. El aporte de calcio en dieta es bajo en cerca de la mitad de los casos. Por los resultados, parece ser que consideramos poco las recomendaciones actuales a la hora de indicar suplementos. Contrariamente a lo esperado, los pacientes con un aporte cálcico en dieta correcto tomaban suplementos de calcio de forma más habitual que aquellos con un aporte de calcio en dieta insuficiente.

#### /// ID 400

Valoración de las infiltraciones locales iniciadas en un centro de Atención Primaria

Martín Correa E, Mourelle Varela R, Borrás Calvo A, Barriga Ubed B, Arqués Pérez M, Luque Mellado F

ABS Guineueta. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: [espemartin7@terra.es](mailto:espemartin7@terra.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.400>

**Objetivos.** Detallar el cambio producido en el dolor e impotencia funcional de la patología articular y periarticular tras la infiltración con corticoide y anestésico.

**Material y métodos.** *Diseño:* estudio experimental prospectivo de intervención. *Ámbito de realización:* consulta de infiltraciones en CAP. *Criterios de selección:* pacientes mayores de 16 años diagnosticados de patología articular y periarticular sin mejoría tras tratamiento antiinflamatorio previo. *Sujetos incluidos:* 110 pacientes visitados durante 2010, de los cuales 7 fueron descartados por no cumplir criterios definidos en protocolo existente en el centro. *Intervenciones:* se realizó infiltración local con acetónido de tramcinolona y mepivacaína al 3 %. *Variables y métodos de evaluación* de la respuesta: diagnóstico, factores sociodemográficos, número de infiltraciones, grado de respuesta según Escala Visual Analógica (EVA) y efectos secundarios. *Análisis estadístico:* la estadística descriptiva y el análisis inferencial se realizaron mediante el programa informático SPSS 12.0

**Resultados.** Se infiltró mayoritariamente a mujeres (78 %) frente a un 22 % de hombres, siendo la tendinitis del manguito de rotadores (52 %) y la epicondilitis (12 %) los diagnósticos más frecuentes. Se obtuvo una media de dolor e intervalo de confianza (IC) del 95 % en la EVA al inicio de 7,6 (6,2-8,6) y a los 3 meses 2,6 (1,7-3,5). Se realizaron 1,3 infiltraciones por paciente. Respecto a la impotencia funcional, las medias y el IC comprobado fueron de 8,1 (6,8-9,4) al inicio y 1,4 (1,2-1,6) a los 3 meses. No se detectaron efectos secundarios reseñables en ninguno de los pacientes.

**Conclusión.** La instauración de la consulta de infiltraciones en el centro de AP ha supuesto una disminución del dolor articular y periarticular en los pacientes atendidos en dicha consulta, así como de la impotencia funcional derivada de dichas patologías.

#### /// ID 565

Fractura de fémur y osteoporosis: factores de riesgo y tratamiento en una unidad de ortogeriatría

Solsona Fernández S, Mesa Lampré M, Canales Cortés V

Hospital Real Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: [sofi\\_solsonf@hotmail.com](mailto:sofi_solsonf@hotmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.565>

**Objetivos.** Conocer el perfil de los pacientes que ingresan por fracturas osteoporóticas de fémur. Estudiar los factores de riesgo de osteoporosis que aparecen asociados en estos pacientes y el tratamiento instaurado tras el diagnóstico.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, longitudinal sobre el total de pacientes ingresados por fractura de fémur proximal en una unidad de ortogeriatría durante los años 2009 y 2010. Variables sociodemográficas: tipos de fracturas, funcionalidad (Barthel), comorbilidad (Charlson). Factores riesgo y tratamiento de osteoporosis. Paquete estadístico SPSS 11.0.

**Resultados.** 224 pacientes, media de edad 85,37 años, 87,5 % mujeres. Estancia media: 15 días. Mortalidad: 5,8 %. Dependencia ausente/leve 75,9 % antes y 31,8 % al alta. Barthel 0 al alta 18 %. Charlson 1 (corregido > 5,79 %). Fractura subcapital: 36,1 %, pertrocantérea: 40,2 %. Fracturas previas: vertebral 3,6 %, Colles 11,6 %, húmero proximal 9,4 %, cadera 10,7 %. Sedentarios y con baja ingesta de calcio (33,5 y 33,7 %) y 17,4 % antecedentes familiares. Aplastamientos vertebrales nuevos 27 %. Tratamiento osteoporosis previo y alta: calcio y vitamina D 10,3 % y 94,1 %; risedronato 1,3 y 36 %; estroncio 0,9 y 36,5 % y teriparatida 2,2 y 9,4 %. El 75 % de las fracturas vertebrales previas estaban en tratamiento mientras que el resto no subían del 20 % (radio distal 15,4 %; húmero proximal 19 %; fémur proximal 20,8 %). No tratamiento al alta (10) (GI): 90,5 años, Barthel previo 65; demencia 73 %; inmovilidad al alta 63,6 %. Tratamiento al alta (GI): 84,9 años; Barthel previo 80; demencia 25,4 %; inmovilidad al alta 11,6 %. Estudio bivariable GI y GII: demencia  $p = 0,012$ ; inmovilidad alta  $p = 0,000$ .

**Conclusión.** Un alto porcentaje de pacientes no están tratados con fármacos específicos para osteoporosis a pesar de presentar fracturas previas. El perfil del no tratado al alta es nonagenario, demente y con gran inmovilidad.

#### /// ID 613

Análisis de las fracturas incidentes por fragilidad en la población femenina de la cohorte Fridex durante 10 años

y de la probabilidad de fractura esperada a través de la herramienta FRAX™ para la población española

Azagra Ledesma R, Ortiz Alinque S, Encabo Duró G, Puchol Ruiz N, Antón Álvarez J, Sancho Campos M

EAP Badia del Vallès; Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona; USR Metropolitana Nord; EAP Serrapareira. Badia del Vallès, Cerdanyola del Vallès, Corbera de Llobregat, Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: [razagral@telefonica.net](mailto:razagral@telefonica.net)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.613>

**Objetivos.** Conocer la relación entre fracturas osteoporóticas (FxOp) observadas y esperadas mediante el cálculo con la herramienta FRAX™ en población femenina española tras 10 años de seguimiento.

**Material y métodos.** Fueron seleccionadas 3.247 mujeres  $\geq 40$  años incluidas en la cohorte Fridex con 10 años de seguimiento desde la determinación de la densitometría (DXA) inicial y un cuestionario de factores de riesgo (FR) para FxOp que contiene los parámetros del FRAX™. Cuestionario telefónico pasados 10 años de la primera DXA.

**Resultados.** Durante el período de estudio se contactó con 1.857 mujeres. Se excluyen los casos de fallecidas o que rechazan participar, también los casos con tratamiento basal con fármacos activos para el hueso o cáncer activo. Se analizan 1.308 mujeres seguidas 10 años. Entre contactadas/No contactadas no existen diferencias significativas en los FR, excepto: edad (57,5 frente a 59,3 años), fractura previa (21,9 frente al 25,6 %) y osteoporosis en DXA basal (31,9 frente al 35,4 %).

En los 10 años de seguimiento han sufrido FxOp mayor (cadera, vértebra, húmero, antebrazo) 128 mujeres (9,8 %) con un total de 156 fracturas. En las mujeres < 65/≥ 65 años (7,7 frente al 18,7 %) ( $p < 0,01$ ). Entre fracturadas/no fracturadas hay diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) en algunos FR: edad (61,5 frente a 56,7 años), fractura previa (38,3 frente al 19,6 %), osteoporosis en DXA basal (49,2 frente al 25,9 %) y en número de caídas en el año previo (32,8 frente al 22,3 %) ( $p = 0,007$ ). La probabilidad de fractura prevista por FRAX para fractura mayor sin DXA es del 5,96 % entre fracturadas y del 3,34 % en no fracturadas.

**Conclusión.** Existen diferencias significativas entre la probabilidad de FxOp calculada por FRAX y las FxOp observadas a los 10 años de seguimiento en la cohorte Fridex de población femenina española. La edad, las fracturas previas y tener osteoporosis en la DXA basal son factores de riesgo significativos entre mujeres fracturadas y no fracturadas.

#### SESIÓN ORAL 5

Jueves, 9 de junio / 15.30-17.30 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 7

### Salud mental / Burnout

#### /// ID 126

¡Ponle freno al estrés en tu consulta!

Gargallo Gómez M, Marco Aguado M,  
Esteban Gimeno A, Clemente Jiménez S,  
Benaque Herranz S, López Félez C

UD de MFyC del Sector I de Zaragoza, UD de MFyC de Huesca,  
UD de MFyC de Teruel. Zaragoza, Huesca, Teruel. Aragón  
Correo electrónico: anabelenestebangimeno@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.126>

**Objetivos.** Conocer la situación de estrés en el personal sanitario de Atención Primaria y la efectividad de la intervención antiestrés.

**Material y métodos.** Ensayo clínico, multicéntrico, aleatorio, en 207 sujetos (109/intervención y 98/control). *Estratificado por:* provincia, ámbito (urbano/rural) y especialidad. Se solicita consentimiento informado. En centros «intervención» se aplica técnica de relajación simple, Jacobson reducido, 8 sesiones en 6 semanas. En ambos centros control/intervención se recopilan cuestionarios autocumplimentados al inicio y tras 6 semanas. *Variables:* escala Ansiedad-Depresión Goldberg, GHQ-12, fármacos y variables de confusión. Análisis por intención de tratar mediante SPSS (ji al cuadrado). Aspectos ético-legales: permiso del Comité de Ética. *Limitaciones y dificultades:* tiempo y presión asistencial.

**Resultados.** Analizando datos de grupos intervención y control, al inicio no se encuentran diferencias estadísticamente significativas excepto en ámbito. Grupo intervención: al inicio 29,7 % presentaban ansiedad y 20,3 % depresión, tras la intervención 18,7 % y 13,3 %. Grupo control: al inicio presentaban ansiedad 31,4 % y 17,1 % depresión, al final 56,4 % y 48,1 %. Con diferencia no estadísticamente significativa (intervención: ji al cuadrado 2,011,  $p = 0,156$ ; ji

al cuadrado 0,894,  $p = 0,344$ ; control: ji al cuadrado 0,422,  $p = 0,810$ ; ji al cuadrado 3,560,  $p = 0,469$ ).

Grupo intervención: al inicio 85,9 % presentaban morbilidad psiquiátrica (test GHQ-12) y estrés laboral 76,6 %, tras la intervención 75,6 % y 86,6 %. Grupo control: al inicio 82,9 % presentaban morbilidad psiquiátrica y 78,6 % estrés laboral y al final 80 % en ambos. Aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa (intervención: ji al cuadrado 1,901,  $p = 0,168$ ; ji al cuadrado 2,435,  $p = 0,876$ ; control: ji al cuadrado 5,699,  $p = 0,223$ ; ji al cuadrado 14,973,  $p = 0,243$ ). En el grupo intervención el 90,7 % presentaban satisfacción laboral al inicio del estudio y tras la intervención 91,1 %; en el grupo control: 91,4 % al inicio y al final 71,3 %. Aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa (intervención: ji al cuadrado 18,069,  $p = 0,006$ ; control: ji al cuadrado 10,477,  $p = 0,400$ ).

**Conclusión.** Tras la intervención mínima de Jacobson disminuyen la ansiedad, la depresión, la morbilidad psiquiátrica y aumenta la satisfacción laboral. Estos resultados no son concluyentes por el número de abandonos.

#### /// ID 157

Efecto de una terapia breve de conducta de tercera generación (*Mindfulness*) en pacientes con nivel de ansiedad elevado

Moreno San Pedro E, Rodríguez Fernández L,  
Atienza Martín F, Revuelta Pérez F, Couso Fernández P,  
Losada Ruiz C

Departamento de Psicología, Universidad de Huelva; UGC Adoratrices,  
Distrito Sanitario Huelva-Costa. Huelva. Andalucía  
Correo electrónico: fatienzam@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.157>

**Objetivos.** Determinar si una terapia basada en *Mindfulness* (terapia de conducta de tercera generación), reduce la ansiedad en pacientes con síntomas ansiosos.

**Material y métodos.** *Diseño:* experimental pre-post de grupos pareados. *Ámbito:* centro de salud urbano. *Criterios de selección:* pacientes diagnosticados de ansiedad por su médico de familia. *Intervención:* 8 sesiones grupales del *Mindfulness-based stress reduction program* desarrollado por Kabat-Zinn. *Variables:* nivel de ansiedad medido por el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) realizado antes y después de la intervención. *Análisis estadístico:* diferencia de media de puntuación del BAI pre-post intervención (prueba t). Se obtuvo el consentimiento informado escrito de todos los participantes. **Resultados.** 22 pacientes, 86,4 % mujeres, media de edad 50 años (DE 10,72). Antes de la intervención presentaban ansiedad moderada el 81,8 % y severa el 18,2 %. Tras la intervención, baja el 77,3 %, moderada el 13,6 % y alta el 9,1 %. La media de puntuación preintervención del BAI fue de 24,95 y postintervención del 12,36 % ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusión.** La terapia breve de conducta basada en *Mindfulness* es útil en el manejo de la ansiedad en Atención Primaria. Sería interesante formar a los profesionales en la utilización de estas técnicas.

#### /// ID 167

Factores de riesgo de depresión en adultos jóvenes (20-35 años)

Oliver Quetglas A, Moncada Ocanto E,  
Trespalcacios Insignares M, March Lluís S,  
Torres Solera E, Esteva Cantó M

CS de Manacor; UD de MFyC de Mallorca. Manacor (Mallorca).  
Illes Balears

Correo electrónico: mesteva@ibsalut.caib.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.167>

**Objetivos.** Determinar los factores de riesgo relacionados con la presencia de depresión en adultos jóvenes (20-35 años).

**Material y métodos.** *Diseño:* estudio caso-control. *Ámbito de estudio:* Seis zonas básicas de salud. *Sujetos:* adultos entre 20-35 años, con historia abierta y visitados los últimos 2 años. Casos: diagnóstico de depresión < 12 meses. *Controles:* sin diagnóstico de depresión, sin tratamiento psicofármaco lógico. En ambos casos, confirmado con CIDI (CIE 10). Selección por muestreo aleatorio a partir de los casos identificados en la historia clínica. *Mediciones:* entrevista personal. Variable dependiente: síndrome depresivo presente o ausente. Variables independientes: sociodemográficas, laborales y económicas, relaciones sociales, salud y consumo de drogas, acontecimientos vitales.

**Resultados.** 95 casos y 93 controles. Tasa de respuesta casos 57,7 % y controles 45,0 %. Variables asociadas a depresión: a) Sociodemográficas: ser mujer OR 1,8 (IC 95 % 1,009-3,35) y viudo-separado o divorciado 6,3 (IC 95 % 1,3-29,9). b) Laborales-económicas: ingresos < 1.000 € mensuales 3,8 (IC 95 % 1,6-8,7), las dificultades en el trabajo 5,7 (IC 95 % 1,9-16,5). c) Relaciones sociales: pasar el tiempo libre solo 8,9 (IC 95 % 2,3-33,9), tener problemas para relacionarse 3,2 (IC 95 % 1,2-8,3) o para mantener relaciones cercanas 5,7 (IC 95 % 2,1-15,2), y falta de satisfacción con vida sexual 3,2 (IC 95 % 1,2-8,8). d) Salud-consumo de drogas: valoración de peor estado de salud 7,4 (IC 95 % 2,9-18,4), consumo de marihuana 2,6 (IC 95 % 1,07-6,34) y sedentarismo 2,4 (IC 95 % 1,1-5,3). e) Acontecimientos vitales y personales: haber sufrido algún tipo de discriminación 3,7 (IC 95 % 1,9-7,3) o maltrato en la infancia 4,7 (IC 95 % 2,1-10,7) o algún familiar hubiera con enfermedad o problema psicológico grave en el último año 5,1 (IC 95 % 2,1-12,5).

**Conclusión.** Los factores de riesgo en adultos jóvenes se asemejan a los encontrados en otros estudios con rango de edad más amplio. Factores diferenciales son el salario bajo, maltrato en la infancia, consumo de marihuana. El consumo de otras drogas o falta de trabajo no han podido ser confirmados por falta de potencia.

## Seguridad del paciente

### /// ID 70

Eficacia de una intervención para incrementar la adherencia terapéutica y reducir los errores en la medicación en pacientes polimedcados mayores de 65 años

Pulido Ortega L, Amian Novales M, Moreno Salas E, Hidalgo Requena A, Martínez Orozco A, González J

UD de MFyC de Córdoba. Córdoba. Andalucía

Correo electrónico: luisangel.perula@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2014.Abst.70>

**Objetivos.** Demostrar que una intervención basada en la entrevista motivacional, dirigida a pacientes polimedcados, consigue mejorar la adherencia terapéutica (AT) y disminuir los errores de medicación (EM) en mayor medida que el abordaje habitual.

**Material y métodos.** Ensayo clínico controlado, aleatorizado por clúster. Participaron 30 profesionales (18 médicos de familia, 12 enfermeras), pertenecientes a 17 centros de salud, que fueron asignados a cada una de las dos ramas del estudio (grupo experimental [GE], grupo control [GC]). Se incluyeron pacientes  $\geq$  65 años, con patología crónica, polimedcados (5 o más medicamentos), a los que les fue detec-

tado un problema de AT. Se reclutaron 154 pacientes (70 GE y 84 GC); hubo 2 retiradas y 4 pérdidas. Los profesionales del GE recibieron un programa de formación previo; a los pacientes del GE se les realizó una intervención basada en la entrevista motivacional, mientras que los del GC recibieron la intervención habitual (consejo informativo). Se realizó un seguimiento al cabo de 1, 3 y 6 meses. Variables dependientes: grado de AT (recuento de comprimidos) y EM; variables independientes: sociodemográficas, comorbilidad y frecuentación. Análisis por intención de tratar (ji al cuadrado, McNemar y ANOVA). Estudio aprobado por el Comité de Ensayos Clínicos.

**Resultados.** Edad media 76 años (68,8 % mujeres); no existen diferencias en las características basales entre ambos grupos. Se observa una disminución en el promedio de EM entre la visita basal y la de los 6 meses, siendo ésta mayor en el GE ( $p = 0,035$ ). En el GE hay una reducción del porcentaje de cumplimiento desde la visita basal (129,9 %) hasta la última visita (90,6 %). En el GC hay un aumento del cumplimiento (del 80,1 % inicial hasta el 85,5 % en la última visita). Las diferencias entre ambos grupos no son estadísticamente significativas. **Conclusión.** La entrevista motivacional se muestra como una herramienta eficaz para reducir los EM y mejorar la AT.

### /// ID 118

Efectividad de una intervención estructurada en pacientes polimedcados

Ortega Blanco J, Atienza Martín F, Baz Montero S, López Aguilar F, González Fernández R, Pérez Márquez A

UGC Adoratrices; UCG Molino de la Vega, Distrito

Sanitario Huelva-Costa. Huelva. Andalucía

Correo electrónico: fatienzam@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2014.Abst.118>

**Objetivos.** Estudiar la efectividad de una intervención estructurada sobre la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes polimedcados.

**Material y métodos.** *Diseño:* Ensayo clínico aleatorizado, abierto con grupo control. *Ámbito de realización:* Atención Primaria. *Criterios de selección:* pacientes polimedcados (5 o más fármacos durante al menos 6 meses) registrados en su centro de salud. *Sujetos* incluidos: 113 pacientes (57 en grupo control; 56 en grupo de intervención). *Intervenciones:* revisión de la adecuación del tratamiento por el método DADER. *Variables:* dependientes: promedio de fármacos al final del estudio. Cambio en el promedio de fármacos antes y después de la intervención. *Análisis estadístico:* descriptivo. Inferencial: diferencia de medias (prueba t). *Aspectos ético-legales:* se obtuvo consentimiento informado de todos los participantes. El estudio fue aprobado por el CEIC.

**Resultados.** 113 pacientes. Mujeres: 53,1 %. Media de edad: 71,37 (DE: 9,36). Índice de masa corporal (IMC) medio: 30,02 (DE: 4,85). HTA: 67,3 %; diabetes: 43,4 %; dislipemia: 29,2 %; coronariopatía: 22,2 %; artrosis: 17,5 %. El 63,8 % de los pacientes tenían tres o más comorbilidades. Pacientes con puntuación en la subescala de ansiedad de Goldberg mayor de 4: 36,3 %. Pacientes con puntuación en la subescala de depresión de Goldberg mayor de 3: 40,7 %. Incumplidores por el test de Morinsky-Green: 22,1 %. Promedio de fármacos al final en grupo control: 11,19 (DE: 3,2). Promedio de fármacos al final en grupo intervención: 7,5 (DE: 2,34). Diferencia: 3,7 ( $p < 0,0001$ ). Grupo control: fármacos al inicio: 9,65; fármacos al final: 11,19. Variación: + 1,54 ( $p < 0,0001$ ). Grupo intervención: fármacos al inicio: 8,59; fármacos al final: 7,5. Variación: - 1,09 ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusión.** La intervención sistemática mediante el método DADER en polimedicados produce una significativa reducción del número de fármacos utilizados.

#### //// ID 193

Prescripción en Atención Primaria de fármacos para la prevención del riesgo de fracturas  
Serrano León M, López Cintas R, Cortés Valverde A, Toro Nieto P, González Martínez E, Valenzuela López I

CS Salvador Caballero. Granada. Andalucía

Correo electrónico: [supereligonzalez@yahoo.es](mailto:supereligonzalez@yahoo.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.193>

**Objetivos.** Analizar la prescripción de fármacos en Atención Primaria para la prevención de riesgo de fracturas y la inercia terapéutica en el uso de aquéllos.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo observacional en centro de salud en sujetos en tratamiento preventivo de fracturas. Se tomó una muestra de 200 pacientes estratificada por edad-sexo. Variables: sociodemográficas, somatométricas, factores de riesgo, tratamiento, densitometrías. Análisis descriptivo y bivariante mediante SPSS-15.

**Resultados.** El 92 % eran mujeres. Según edad, un 42,5 % < 65 años, un 30,5 % de 65-75 años y un 27 % > 75 años. Factores de riesgo: 86 % sin fracturas osteoporóticas previas, 10 % fumadores, 4,5 % alcoholismo, índice de masa corporal (IMC) calculado en el 50 % y de esos el 100 % el IMC es > 20. Densitometrías solicitadas 50 %, sin monitorización 33 %. Tratamiento: calcio 87,5 %, otros fármacos 69,5 % (el más prescrito alendronato), combinación de fármacos 57 %. Estos últimos son los que llevan más de 3 años en tratamiento ( $p = 0,010$ ). Según grupos de edad, un 31,5 % de los > 75 años se tratan más de 5 años ( $p = 0,028$ ). En < 65 años existe mayor solicitud de densitometría ( $p < 0,001$ ) y un 48 % consume medicación de riesgo ( $p = 0,028$ ). Según el tiempo de tratamiento, no existen diferencias en relación a la solicitud de densitometrías, tipo de tratamiento o consumo de medicación de riesgo. Existe tendencia a la osteopenia aunque se alcanzan valores osteoporóticos en tratados durante más de 5 años. En pacientes con DEXA en rango osteoporótico hay más fumadores y toman calcio en menor proporción que en no osteoporóticos ( $p = 0,021$ ).

**Conclusión.** Existe una inercia terapéutica a pesar de la falta de registro de factores de riesgo, densitométricos y de control del tiempo de tratamiento. Uno de cada tres pacientes mayores de 75 años consumen medicamentos durante más de 5 años sin seguimiento adecuado.

#### SESIÓN ORAL 6

Jueves, 9 de junio / 17.30-19.30 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 7

### Validación de estudios

#### //// ID 254

Traducción, adaptación y validación del cuestionario de competencia cultural (CCPHA Georgetown) a nuestros médicos de Atención Primaria  
Muñoz J, Valdez K, Forn A, Rezola J, Macfarland J, Leiva A

CS Camp Redó, Gerencia de AP Mallorca. Palma de Mallorca. Illes Balears

Correo electrónico: [aleiva@ibsalut.caib.es](mailto:aleiva@ibsalut.caib.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.254>

**Objetivos.** Validación del cuestionario CCPHA (Universidad de Georgetown) sobre competencia cultural de los profesionales de Atención Primaria (AP).

**Material y métodos.**

Traducción y adaptación del cuestionario CCPHA a nuestro ámbito. Cuestionario de 20 ítems de respuesta múltiple, con 4 dimensiones (conocimiento, motivación, asimilación cultural y comportamiento).

Se realizó una traducción y retrotraducción de la escala, consensuada por un grupo multidisciplinar.

**Pre-testing:** 10 médicos de AP contestaron el cuestionario traducido para testar la aceptabilidad y problemas de significado.

**Testing:** el cuestionario fue administrado a 50 médicos de AP de Mallorca.

**Item-by-item** análisis: un apartado con comentarios para comprobar la comprensibilidad de cada pregunta.

**Factibilidad:** se recogió la duración de cumplimentación del cuestionario.

**Validez:** a) validación cualitativa del contenido; b) validez de la construcción: análisis factorial exploratorio de componentes principales utilizando el método Varimax.

**Fiabilidad:** a) Repetibilidad de las respuestas: mediante el cálculo del coeficiente de correlación intra-clase. b) consistencia interna. Mediante la prueba de Alfa de Cronbach.

**Resultados.** 50 profesionales: 15 residentes, 45 médicos adjuntos; 18 fueron hombres y 32 mujeres. Media de edad 42 años. Duración media de 14 ± 5 minutos y la aceptabilidad fue buena. Se analizó la repetitividad de las respuestas mediante el coeficiente de Spearman = 0,85, la consistencia interna mediante la prueba Alfa de Cronbach = 0,633 y en la validez del constructo se han detectado 5 factores con un valor Eigen > 1, lo que difiere de la estratificación a priori, los factores representan el 73 % de la varianza total.

**Conclusión.** Se observa del análisis factorial del cuestionario cinco factores, lo que difiere del cuestionario original. La estructura factorial de cada dimensión es aceptable, aunque se observa una mayor divergencia en la dimensión comportamiento. La duración media de cumplimentación es aceptable y la comprensión y aceptabilidad son buenas.

El cuestionario podría ser una herramienta útil para la medición de la competencia cultural de los médicos de AP en nuestro medio.

#### //// ID 531

Validación de una versión corta del cuestionario de actividad física en el tiempo libre de Minnesota  
Ruiz Comellas A, Fusté Gamisans M, Pera Blanco G, Alzamora Sas M, Baena Díez J, Mundet Tudurí X

ABS de Sant Joan de Vilatorrada. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: [annaruiz.com@gmail.com](mailto:annaruiz.com@gmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.531>

**Objetivos.** Elaborar y validar una versión reducida de la versión española del Cuestionario de Actividad Física en el tiempo libre de Minnesota (QAFM).

**Material y métodos.** *Diseño:* estudio descriptivo de validación de un instrumento diagnóstico. *Ámbito de realización:*

Atención Primaria. *Población diana:* población general igual o mayor de 50 años. *Muestra:* 200 pacientes (muestreo no probabilístico consecutivo). *Criterios de exclusión:* pacientes institucionalizados, oncológicos o con patología grave en fases terminales, pacientes domiciliarios y aquellos que no dieran su consentimiento informado. *Sujetos* que responden: 197, tasa de respuesta: 98,5 %, abandonos: 4. *Variables:* Tras realizar una prueba piloto con 40 pacientes para detectar errores de diseño, las variables se recogieron mediante dos cuestionarios, cumplimentados mediante entrevista

personal; en una primera visita se realizaron: el cuestionario reducido y la versión española del QAFM. A los 15 días se volvió a citar a los pacientes para realizar el cuestionario reducido (re-test). *Análisis estadístico:* se evalúa la concordancia del cuestionario de actividad física reducido respecto al QAFM (método de referencia) y el re-test mediante: el índice Kappa, el coeficiente de correlación intraclase y el análisis de las diferencias individuales (método de Bland-Altman).

**Resultados.** La concordancia entre ambos cuestionarios es excelente (95,5 %). El cuestionario reducido infraestima el consumo energético en un 9 % respecto de la versión española del QAFM (error sistemático). Este error es más acentuado en individuos con un importante gasto energético (>10.000 METS). La concordancia (fiabilidad) del cuestionario, al ser administrado dos veces en 15 días, es buena (92,5 %), con un índice kappa del 0,877.

**Conclusión.** La versión reducida de la versión española del QAFM es un instrumento válido y fiable en población mayor de 50 años.

#### //// ID 591

Utilidad de la escala pronóstica CRB65 en la valoración de la severidad de la neumonía adquirida en la comunidad en una comarca sanitaria

Sampietro Echaniz S, Alba Latorre M, Insausti Carretero M, Daza Asumendi P, Ruiz Arzalluz M, Apalategi Gómez U

Comarca Gipuzkoa Oeste. Tolosa (Guipúzcoa). País Vasco

Correo electrónico: mariaisabel.irizararamburu@osakidetza.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.591>

**Objetivos.** Evaluar la utilidad de la escala CRB65 para valorar el pronóstico de las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) diagnosticadas en Atención Primaria (AP).

**Material y métodos.** Se estudiaron 161 pacientes diagnosticados de neumonía en 30 cupos médicos de una comarca sanitaria durante 1 año. El diagnóstico de neumonía se consideró ante clínica compatible y confirmación de la placa por el radiólogo. Se calculó el índice CRB65 (confusión, frecuencia respiratoria  $\geq 30$  rpm, presión arterial diastólica  $\leq 60$  mmHg o sistólica  $< 90$  mmHg, edad  $\geq 65$  años) y se consideró la mortalidad a los 30 días como variable dependiente.

**Resultados.** La mortalidad general de los pacientes con NAC diagnosticada en las consultas de AP fue del 1,2 %. La mortalidad se relacionó directamente con la puntuación CRB65. Hubo 108 pacientes (67 % del total) con un CRB65 de 0 puntos, 0 % de mortalidad; 42 pacientes (26 %) con CRB65 de 1 punto, 2,4 % de mortalidad y 10 pacientes (6,2 %) con CRB65 de 2 puntos, mortalidad del 10 %. No hubo ningún paciente con CRB65 de 3 y 4 puntos. Todos los fallecidos fueron mayores de 65 años. La tasa de ingreso de los pacientes con NAC diagnosticados en AP fue del 15,5 %, también relacionada con la puntuación del CRB65. Ingresaron el 4,6 % de los pacientes con CRB65 = 0, el 35,7 % con CRB65 = 1 y el 50 % con CRB65 = 2.

**Conclusión.** Destaca que los pacientes que acuden a consultas de AP tienen un nivel de severidad bajo en función del CRB65. Ninguno tuvo una puntuación superior a 2.

El CRB65 tiene relación directa con la mortalidad; los pacientes con CRB65  $< 1$  tuvieron una mortalidad muy baja, lo cual apoya que el tratamiento sea ambulatorio. Conviene valorar cuidadosamente la necesidad de ingreso en pacientes mayores de 65 años con CRB  $> 2$  puntos ya que tuvieron una mortalidad del 10 %. También hubo relación directa entre el CRB65 y los ingresos.

## Docencia

#### //// ID 112

Rotaciones de los residentes de especialidades hospitalarias por Atención Primaria

Vallejo Lorenzo A, Moreno Martos H, Toro de Federico A, Fernández del Olmo G

UD de MFyC de Almería, UGC El Puche, UGC

Plaza de Toros. Almería. Andalucía

Correo electrónico: partaloo@eresmas.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.112>

**Objetivos de la experiencia.** Describir la rotación en Medicina de Familia (MF) que realizan los residentes de otras especialidades. Analizar las diferentes tareas que realizan y su grado de cumplimiento. Valorar la satisfacción con la rotación.

**Descripción de la experiencia.** En el año 2007 se pusieron en marcha las rotaciones de residentes de especialidades médicas por Atención Primaria en nuestra Unidad Docente (UD).

Durante la rotación, realizan una memoria con determinadas actividades: sesiones clínicas, 10 casos clínicos, descripción del centro y evaluación de la rotación.

Los tutores de la especialidad solicitan a la UD de Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC), la rotación y desde ésta se asigna al residente un tutor de MF.

Desde entonces han rotado un total de 33 residentes, y han presentado la memoria el 82 %.

Los casos clínicos que presentan, son:

- Casos relacionados con su especialidad.
- Habilidades del médico de familia en el manejo de la consulta.
- Seguimiento de pacientes crónicos-pluripatológicos.
- Actividades preventivas.
- Problemática social y familiar.
- Inmigrantes.
- Cuidadores.
- Atención en domicilio.
- Seguimiento del embarazo.

En la evaluación de la rotación, más del 50 % de los residentes evalúan muy bien el grado de cumplimiento de los objetivos, el nivel de actividad asistencial, la protocolización de este nivel y la organización de la actividad asistencial. Alrededor del 75 % evalúan muy bien la calidad de las enseñanzas recibidas, y sólo un 7 % valoran poco útil esta rotación para su formación como especialista.

**Conclusiones.** La rotación en AP se ha ido incorporando a los programas de formación de los residentes. A éstos les llama la atención la gran variabilidad de situaciones clínicas y sociofamiliares, la capacidad de resolución, la relación con otros profesionales. Mejora la visión de la Atención Primaria y las posibilidades de coordinación. El grado de satisfacción es elevado.

#### //// ID 607

Recursos sanitarios en red: Salud 2.0 como herramienta docente en el medio rural

Oller Arlandis V, Palomar Peris G, Ribera Sanz J, Gandía Moya M, Rabanaque Mallen G, Vergara Pardo V

Consultorio Auxiliar de Altura, Consultorio Auxiliar de Navajas,

CSI de Segorbe, Consultorio Auxiliar de Algimia. Castellón.

Comunidad Valenciana

Correo electrónico: vicentoller@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.607>



**Objetivos de la experiencia.** Desarrollar una iniciativa de «Salud 2.0» en una zona de salud rural, concibiendo un espacio abierto, accesible y participativo que mejore la calidad de los servicios a pacientes y la formación continua de tutores y residentes.

**Descripción de la experiencia.** En el ámbito de la Atención Primaria (AP) rural, dispersa geográficamente, existe dificultad para conciliar la labor asistencial con los encuentros para sesiones docentes.

Guiados por la filosofía del Manifiesto de Abla sobre Salud 2.0, se materializa un espacio virtual de comunicación para el intercambio de conocimientos entre los profesionales del equipo, integrándolos con atención continuada y hospital comarcal.

Un mir de 4.º año con conocimientos sobre nuevas tecnologías, diseña un *blog* para compartir información sobre la organización y gestión del centro, calendarios de sesiones clínicas y casos, trabajos de investigación y enlaces a otros *blogs* de docencia en AP, se asocia el uso de *Facebook* y *Twitter* para facilitar la difusión de enlaces de interés propios y de terceros, más un grupo privado de médicos en *Facebook* para compartir casos clínicos, dudas y experiencias personales, con el fin de respetar el derecho a la intimidad de los pacientes.

Se imparte formación y talleres en el manejo de estas tecnologías a todos los participantes en la experiencia.

**Conclusiones.** El acceso a las tecnologías 2.0 y la integración en la Blogosfera sanitaria es una herramienta docente útil que facilita la comunicación, actualización e intercambio de conocimientos entre profesionales sanitarios, implementando la formación de los médicos residentes y tutores, además de servir de incentivo a la hora de mejorar las relaciones personales del equipo de AP.

## Medicina y medios de comunicación

### //// ID 445

Diseño de un buscador de información sanitaria para pacientes accesible en internet

Delsors Mérida-Nicolich E, Tello Royloa C, Menárguez Puche J, Sánchez Sánchez J, González Barberá M, Soler Torroja M

CS Profesor Jesús Marín; Hospital Vega Baja Orihuela; Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitaria de la Región de Murcia; CS Alcantarilla Sangonera. Murcia. Región de Murcia  
Correo electrónico: edelsors@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.445>

**Objetivos de la experiencia.** Elaborar un buscador de información sanitaria para pacientes en español (Infopaciente).

**Descripción de la experiencia.** La investigación incluye tres fases: un estudio cualitativo con potenciales usuarios que orientó sobre las necesidades de información, el diseño del buscador (motivo de la presente comunicación) y una valoración cualitativa de la utilidad de la herramienta.

Para elaborar el buscador se revisaron sitios web de instituciones gubernamentales, sociedades científicas, asociaciones de pacientes y otras susceptibles de contener información pertinente. Se registraron: dirección, país, autoría institucional y/o personal, objetivo, publicidad y varios criterios de calidad (fecha de actualización, contacto, política de privacidad, sellos de calidad).

Se seleccionaron aquellas páginas que cumplían cuatro requisitos: web con información en español, diseñada para pacientes, avalada por alguna institución y sin publicidad. Se incluyeron un total de 85 sitios web de los más de 300 revisados.

Utilizando la búsqueda personalizada de Google, se generó una herramienta que obtiene sus resultados entre las web seleccionadas.

Para valorar su eficacia, se seleccionaron 10 términos de búsqueda y se registraron los 10 primeros resultados obtenidos en Google y en nuestro buscador. Dos investigadores revisaron de forma independiente y ciega los 200 resultados y los analizaron según los criterios preestablecidos.

La coincidencia de resultados entre los dos buscadores (Google e Infopaciente) fue del 11 %. Se consideraron «adecuados» el 62 % de los resultados de nuestro buscador frente al 30 % de los de Google. La información era en español en el 99 frente al 96 % de Google; dirigida a pacientes: 96 frente al 92 % de Google; «avalada»: en el 100 frente al 57 % de Google y sin publicidad en el 100 frente al 59 % de Google.

**Conclusiones.** Nuestro buscador permite filtrar la información y ofrecer resultados que consideramos más adecuados que los de Google.

### //// ID 615

Puesta en marcha de una web en un centro de salud: una experiencia participativa entre usuarios y profesionales

Baena Díez J, Hernández Ibáñez M, García Navarro Y, García Lareo M, Bailón García M, Acebrón Sanchez-Fortún C

CS La Marina. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: jbaenad@meditex.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.615>

**Objetivos de la experiencia.** Describir el proceso y puesta en marcha de una página web en un centro de salud (CS). Los objetivos han sido crear una herramienta de comunicación de los usuarios con el CS y entre los propios profesionales del CS.

**Descripción de la experiencia.** Tras una primera etapa de definición de los objetivos se elaboraron contenidos específicos, se contactó con un profesional para realizarla, se creó una web de prueba y se presentó al equipo y profesionales de nuestra Gerencia para discusión y mejora. La evaluación se realizará mediante un contador de visitas y encuestas en línea para cada uno de los contenidos (primera evaluación, mayo del 2011). La difusión se ha realizado a través del CS y las entidades del barrio. Los contenidos son:

1. Información sobre el barrio y el CS: historia del barrio y el CS, horarios, transportes, profesionales y cartera de servicios.
2. Espacio de los usuarios: petición de visitas y contacto con CS, información enfermedades y factores de riesgo, grupos terapéuticos y consulta de tabaquismo, consejos de salud, derechos y deberes usuarios, documento de voluntades anticipadas y reclamaciones.
3. Espacio cultural: información cultural del barrio y la ciudad, comentarios de libros, películas, viajes y otras experiencias de usuarios y profesionales.
4. Espacio de los profesionales, de uso restringido mediante usuario y contraseña: información sociedades científicas, farmacología, búsqueda bibliográfica, webs de interés, producción científica, docencia y espacios específicos para medicina de familia, enfermería, pediatría, personal de gestión y servicios.

**Conclusiones.** El proceso de creación ha sido dificultoso pero creativo y nos ha aproximado a una herramienta para facilitar la intervención comunitaria, generalmente olvidada en nuestros CS.

## Medicamentos / Medicina alternativa

### //// ID 414

#### Utilización de plantas medicinales en Atención Primaria de Salud

Oriol Zerbe C, Domingo Salvany P, Gervilla Cano X, González Durán M, Mayolas Saura E, Reina Rodríguez M

CAP Dr. Vilaseca. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: coriolz@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.414>

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de utilización de plantas medicinales (PM) en Atención Primaria de Salud (APS), sus características, contraindicaciones e interacciones con fármacos de síntesis.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, transversal, a partir de la historia clínica y de un cuestionario, en un centro de APS urbano. Fueron 240 pacientes seleccionados aleatoriamente del conjunto de pacientes con cita previa de cuatro consultas. Tres encuestas incompletas. Variables: sociodemográficas, uso de PM, sus características, actitud ante el consumo y comunicación con el sanitario. Análisis estadístico: proporciones para las variables cualitativas y medias para las cuantitativas. Ji al cuadrado y t de Student o ANOVA, considerando una  $p \leq 0,05$  estadísticamente significativo.

**Resultados.** El 40 % de los pacientes usan PM y su perfil es: mujer (73 %), 56 años (media de edad) con estudios primarios (56 %). De las 48 PM utilizadas, las más frecuentes: manzanilla, poleo-menta, tila, té y tomillo; se acostumbra a tomar en infusión (75 %), diariamente (53 %) y desde hace más de 1 año (62 %). La mayoría de las PM se toman siguiendo el consejo familiar (60 %), se compran en el supermercado (45 %) o herbolario (37 %), y se utilizan con finalidad terapéutica (58 %) o preventiva, fundamentalmente por problemas digestivos (34 %), ansiedad/insomnio (23 %) y obesidad (11 %). Hay un 4 % de contraindicaciones y un 54 % de posibles interacciones con fármacos de síntesis. Casi todos los pacientes usuarios de PM piensan que no les pueden hacer daño (81 %) y que pueden simultañearlas con fármacos de síntesis (74 %), sin informar de su consumo (87 %) al personal sanitario de APS, el cual en ningún momento les ha preguntado sobre este consumo.

**Conclusión.** Sería recomendable registrar en la historia clínica el consumo de PM y que el personal sanitario tuviera herramientas para poder consultar sus indicaciones, contraindicaciones y posibles interacciones con fármacos de síntesis. Esto facilitaría evitar una yatrogenia e incluso incluir la fitoterapia en el arsenal terapéutico.

### //// ID 401

#### Taller de automasaje, ¿es útil su realización en un centro de salud?

Calvo Trujillo S, Fernández Camacho M, García Alegre M, Pérez Muñoz R, Martín Vallejo L, Álvarez Rodríguez N

CS Dr. Trueta. Alcorcón (Madrid). Comunidad de Madrid

Correo electrónico: scalvo@papps.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.401>

**Objetivos de la experiencia.** Establecer la idoneidad de la realización de un taller de automasaje como herramienta para aliviar el dolor y empezar a realizar pequeños estudios en un centro de salud.

**Descripción de la experiencia.** Queríamos proporcionar a nuestros pacientes con recursos limitados una herramienta

para aliviar su dolor y conocer su utilidad. Un grupo de profesionales se prestó a la realización del taller para valorar, entre otros parámetros, su utilidad, a la vez que aprendíamos a realizar un protocolo y analizar sus resultados. Utilizamos masaje Tuina (masaje basado en la digitopresión de puntos analgésicos usados en acupuntura).

Registraron edad, sexo, dolor, localización del mismo, intensidad (usando una escala de dolor numérica), anotaron si tomaban medicación analgésica y la especificaron. Tras finalizar el taller con la supervisión de ejercicios por el ponente y monitores entrenados días antes, se procedió a puntuar de nuevo el dolor y realizar una evaluación.

Participaron 16 profesionales (57 %), 14 mujeres y 2 hombres. La media de edad fue de 47 años. Tres de ellos tomaban analgésicos tipo ibuprofeno. La localización del dolor más frecuente fue en el cuello y hombros 37 % (6). El dolor disminuyó en el 88 % al menos 1 punto (52 %) o dos (26 %). En la evaluación el 62 % opinó que era interesante y útil, ameno el 56 %, el tiempo empleado pareció suficiente al 37 % y recomendable 81 % (con puntuación máxima). Para el 93 % los ponentes tenían conocimientos sobre el tema, el 98 % exponía con claridad, el material y metodología eran adecuados para el 96 %. La sala les pareció adecuada y cómoda para su realización al 68 %.

**Conclusiones.** El automasaje alivió de forma amena el dolor del 88 % de los participantes.

### SESIÓN ORAL 7

Viernes, 10 de junio / 09.30-11.30 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 7

## Enfermedad renal

### //// ID 622

#### Detección de enfermedad renal oculta en pacientes con hipertensión arterial en un centro de salud

Galindo Martí M, González Candelas R, Espert S

CS Salvador Pau. Valencia. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: galinms@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.622>

**Objetivos.** Valorar el porcentaje de los pacientes hipertensos estudiados en un centro de salud mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) que presentan enfermedad renal crónica oculta. Determinar el impacto que algunos factores de riesgo cardiovascular, como la diabetes, producen sobre la aparición de enfermedad renal crónica. Comprobar si existe asociación entre el patrón no *di-ppper* e insuficiencia renal crónica en nuestros pacientes.

**Material y métodos.** Estudio objetivo, descriptivo, transversal y unicéntrico. Muestra seleccionada: todos los pacientes de un CS que se realizó MAPA desde enero 2008-enero 2011. Se excluyeron los pacientes diagnosticados de insuficiencia renal crónica,  $n = 134$ . Variables analizadas: sociodemográficas relacionadas con riesgo cardiovascular (diabetes mellitus [DM], dislipemia [DL], tabaco, sexo, edad, accidente cerebrovascular [ACV]) Otras: MDRD estimado y resultados de MAPA. Para la recogida de datos se diseñó una hoja previamente validada que se pasó antes de realizar MAPA y mediante sistema ABUCASIS. La función renal se determina mediante fórmula MDRD. Análisis estadístico: OR. Análisis de datos: programa SPSS 15.

**Resultados.** 134 pacientes (18,65 %) presenta enfermedad renal crónica oculta en estadio 3-5. Mujeres 61,2 % (IC 95 % 52,9 a 69,4). Media de edad: 65,88 %, DM 27,6 % (IC 95 %

20 a 35,2), DL 5,7 % (IC 95 % 4,3 a 6,2). Antecedentes cardiovasculares 9,7 % (IC 95 % 5,25 a 16). No fumadores 91 % (IC 95 % 84,9 a 95,3). DM se muestra como única variable independiente con una OR 1,7-3,8 de presentar insuficiencia renal. Patrones MAPA: *riser* 23,1 %, *dipper* 26,1 %, *non dipper* 44 %, *extreme dipper* 6,8 %. OR = 0,37 entre patrón *non dipper* y presencia o ausencia de ERC.

**Conclusión.** El porcentaje de pacientes hipertensos con insuficiencia renal es significativamente mayor que en la población general (que es del 6,83 %), por lo que la determinación de insuficiencia renal mediante fórmulas como MDRD es importante en el seguimiento de pacientes hipertensos. Sólo la DM y la edad avanzada se asocian con mayor prevalencia de IRC. No hay asociación significativa entre patrón *non dipper* y presencia o ausencia de ERC.

## Enfermedades infecciosas

### //// ID 86

Adherencia del tratamiento antibiótico en los cuadros infecciosos en la Atención Primaria mediante monitorización electrónica

Sierra Montalbán N, Alfaro Ormaolea A, Hernández Anadón S, Llor Vilà C, Moragas Moreno A, Bascuas Tolosana L

CAP Jaume I. Tarragona. Cataluña

Correo electrónico: nuriasm100@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.86>

**Objetivos.** Evaluar la adherencia del tratamiento antibiótico observada en pacientes con cuadros infecciosos no complicados y tratados con diversos antibióticos.

**Material y métodos.** *Diseño:* estudio observacional prospectivo. *Ambito de estudio:* dos centros de Atención Primaria urbanos. *Criterios de selección:* pacientes de 18 años o más con sospecha de infección de supuesta etiología bacteriana de faringe, tracto respiratorio inferior, tracto urinario, cutánea o dental. *Sujetos:* 530. Sujetos que responden: 521; sujetos que abandonan: 9 (7 no retornan el envase MEMS y 2 no dan el consentimiento informado). El tratamiento antibiótico se dejaba al criterio del médico. Los comprimidos se introducían en el colector MEMS, que el paciente debía retornar al acabar el tratamiento. *Medida principal:* la adherencia terapéutica se midió con monitorización electrónica (MEMS), evaluando el porcentaje de tomas y si tomaban al menos el 80 % de la medicación contenida en el envase MEMS. *Análisis estadístico:* análisis multivariante. *Limitaciones éticas:* ninguna. Otras limitaciones: diagnóstico basado en sospecha clínica, y sólo se usaron tratamientos antibióticos frecuentes en Atención Primaria.

**Resultados.** De los 521 pacientes válidos, 276 presentaron infecciones del tracto respiratorio inferior y 196, faringitis. El porcentaje de mayor adherencia fue en las primeras, mientras que el de menor adherencia fue en las infecciones de tracto urinario. El porcentaje de comprimidos tomados fue mayor en pautas de una toma diaria, seguido de pautas de 2, 3 y 4 tomas diarias respectivamente. El porcentaje de pacientes que tomaban al menos el 80 % de las dosis, también fue mayor en los de una toma diaria, seguidos nuevamente de los de 2, 3 y 4, también respectivamente. En el análisis estadístico multivariante, el incumplimiento se asoció a la presencia de efectos secundarios, número de tomas diarias y duración del tratamiento.

**Conclusión.** La adherencia al tratamiento antibiótico entre los pacientes con procesos infecciosos es baja en nuestro país, sobre todo si se dan pautas de 3 y 4 tomas diarias.

### //// ID 311

Regla de predicción clínica de neumonía.

Elaboración de una calculadora

Martínez Eizaguirre J, Insausti Carretero M, Arrondo Begiristain M, Agirre Arratibel I, Zabaleta Elosegui K, Rúa Portu E

Comarca Gipuzkoa Oeste. Tolosa (Guipúzcoa). País Vasco

Correo electrónico: jmmartinez@z@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.311>

**Objetivos.** Determinar los síntomas y signos predictores de neumonía. Elaborar una calculadora que permita conocer la probabilidad de padecer neumonía en los pacientes que acuden a las consultas de AP con sospecha de ésta.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo multicéntrico realizado en AP. Pacientes que acudieron a 32 consultas médicas con sospecha de neumonía durante 1 año. Para el diagnóstico de NAC se exigió la confirmación de ésta por un radiólogo. Se realizó una regresión logística ajustando el modelo mediante el método paso a paso. Se utilizó el test de Wald y se estimaron los *odds ratio* para demostrar significación estadística. Se comprobó la bondad del ajuste del modelo por la prueba de Hosmer y Lemeshow. Los síntomas y signos analizados fueron: tos, expectoración, color de la expectoración, escalofrío inicial, herpes labial, temperatura, dolor pleural, disnea, odinofagia, síntomas digestivos, cefalea, mialgia, astenia, confusión, frecuencia cardíaca y respiratoria, PA, saturación de oxígeno, disminución de la ventilación, crepitantes, otros ruidos respiratorios.

**Resultados.** Se estudiaron 313 pacientes, 161 con neumonía y 152 sin ella. Las variables que resultaron predictivas fueron: escalofrío inicial, dolor pleural, astenia, ausencia de odinofagia y crepitantes. El peso de cada una viene reflejado en la ecuación:  $\text{Log}(p/1-p) = -1,395 + 0,831 \text{dolor pleural} + 0,657 \text{escalofrío} + 0,885 \text{odinofagia} + 0,908 \text{astenia} + 0,853 \text{crepitantes}$ . Con la fórmula de regresión elaboramos una calculadora que muestra la probabilidad (p) de sufrir neumonía en función de todas las posibles combinaciones de la presencia o no de estas cinco variables. (Se realizará una demostración de la calculadora en la presentación). El poder de discriminación del modelo fue del 71 % (Curva ROC).

**Conclusión.** Sólo cinco síntomas-signos son predictivos de neumonía en las consultas de AP. Este modelo, por medio de la calculadora, permite calcular la probabilidad de cualquier enfermo de padecer neumonía. El grado de discriminación del modelo es aceptable. Sería recomendable un estudio de validación.

## EPOC y enfermedades respiratorias

### //// ID 736

Utilidad del cribado de la EPOC en población de riesgo

López Santiago A, Delsors Mérida-Nicolich E, Hernández Martínez M, García Córdoba J, Sánchez Nanclares G, Martínez Escandell R

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.2011.Abst.736>

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de EPOC no diagnosticada en población de riesgo, mayor de 40 años, que acude a la consulta del médico de familia.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico, observacional, transversal y multicéntrico de base poblacional. Selección de muestra entre sujetos de 40 a 70 años con exposición al tabaco, consumo mínimo de 10 cigarrillos/año, durante 20 años, que acude a consultas de los centros de salud y sin diagnóstico de EPOC. Se estima una prevalencia de la EPOC del 9 %, con un error inferior al 2 %, estratificando entre los centros de salud participantes, con un total de 1.400 sujetos. Se realiza entrenamiento en espirometría, en sesión de 4 horas, a los médicos de familia y enfermeros investigadores. Se calibran todos los espirómetros. Cada médico de familia recluta 10 sujetos, según instrucciones estandarizadas, entre el primer paciente que acuda a consulta y cumpla criterios. Se excluyen sujetos con asma, EPOC y patologías que limiten espirometría. Todas las espirometrías han de cumplir criterios de calidad y son reevaluadas por expertos del equipo investigador. Se considera patrón obstructivo  $FEV_1/FVC < 70\%$ . Los pacientes dan su consentimiento y el estudio es aprobado por CEIC y Agencia Española del Medicamento. Se presenta análisis descriptivo y contraste de hipótesis de variables cualitativas y cuantitativas.

**Resultados.** Se realiza en el 66,6 % de las zonas de salud (52 de 78). Participan pacientes de 183 cupos médicos. Media de edad:  $53,7 \pm 8,52$ , el 30,4 % (27,7-33,2) exfumadores. Se consideran válidas 1.071 espirometrías. Se obtiene patrón obstructivo en 16,2 % (13,9-18,5), con media de edad  $57,7 \pm 8,08$ . El 27,1 % (20,6-34,1) leves, el 51,2 % (44,1-58,8) moderados, el 12,9 % (7,7-17,6) graves. Un 30,6 % tos crónica previa, con OR 2,12 (1,50-2,98) para patrón obstructivo.

**Conclusión.** Elevada tasa de prevalencia de EPOC no diagnosticada, con predominio de estadios avanzados. El estudio sugiere la importancia del cribado en población de riesgo.

## Tabaquismo

### //// ID 723

Efectividad de la espirometría en el abandono del hábito tabáquico

Rodríguez Álvarez M, Negrete Palma A, Morales Requena D, Torán Montserrat P, Marina Ortega V, Jiménez González M

ABS de Canet de Mar; USR Metropolitana Nord. Canet, Mataró (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: agostinho70@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.723>

**Objetivos.** Evaluar la efectividad del consejo para dejar de fumar combinado con la discusión de los resultados de la espirometría por parte del médico de Atención Primaria (AP) sobre el hábito tabáquico en adultos fumadores.

**Material y métodos.** Tipo de estudio: ensayo clínico aleatorizado con grupo control. **Ámbito:** centros de AP de dos áreas sanitarias (6). **Muestra:** fumadores activos (317) mayores de 18 años. **Criterios exclusión:** imposibilidad para realizar la espirometría. Durante el seguimiento, la mitad reciben consejo antitabáquico asociado a la discusión de los resultados de la espirometría realizada en visita basal (grupo intervención) y la otra mitad sólo reciben consejo antitabáquico (grupo control).

**Resultados.** El 54,9 % pertenecen al grupo control, el 66,3 % son hombres y la media de edad es de 51 años. La media de edad de inicio del consumo es de 17 años, la mediana del número de cigarrillos fumados/día es de 20, el

50 % lleva más de 31 años fumando y el 42,3 % presenta intentos previos de abandono. Un 49,8 % está en fase de contemplación y un 30,6 % en fase de precontemplación. El 50 % ha tenido una puntuación en el test de motivación  $\geq 5$  puntos y una puntuación en el test de dependencia  $\geq 5$  puntos. El 15 % presentan un patrón espirométrico obstructivo-mixto. El 57,7 % de ellos presenta una obstrucción leve, 30,6 % moderada y 5,1 % grave. Al año de seguimiento, un 20,5 % ha abandonado el hábito y el 12,1 % son exfumadores ( $\geq 1$  año sin fumar). En el grupo control se observa un 16,5 % de abandono mientras que en el de intervención un 24,4 % ( $p = 0,107$ ). Los exfumadores son un 7,9 % del grupo control y un 16,7 % del grupo intervención ( $p = 0,027$ ).

**Conclusión.** La discusión detallada de los resultados de la espirometría junto al consejo antitabáquico aumenta la tasa de abandono frente al consejo antitabáquico solo.

## Enfermedad cardiovascular / Factores de riesgo cardiovascular

### //// ID 79

Programa de detección precoz de fibrilación auricular en un centro de Atención Primaria  
Benito Serrano M, Martí Grau D, Mitjavila López J, Anguita Guimet A, Gómez Rodríguez E, Coll-Vinent Puig B

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: mlbenito@clinic.ub.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.79>

**Objetivos.** Evaluar la utilidad de un programa de detección precoz de fibrilación auricular (FA) en pacientes de un centro de atención primaria (CAP) urbano.

**Material y métodos.** Ensayo clínico aleatorizado, abierto y paralelo. Se reclutaron 928 pacientes a partir de una muestra aleatoria de pacientes del CAP no diagnosticados de FA y que presentaban uno o más factores de riesgo (FR): edad  $\geq 65$  años, cardiopatía isquémica, cardiopatía valvular, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial (HTA), diabetes. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente con razón 1:1 al grupo experimental (GE), en el que se realizó una intervención (programa de detección precoz de la FA), o al grupo control (GC), sin intervención activa. La intervención realizada al GE consistió en: a) historia clínica completa y un electrocardiograma (ECG), y se instruyó al paciente sobre cómo tomarse el pulso, y b) un ECG cada 6 meses durante 2 años. En los pacientes con síntomas compatibles con FA (disnea, palpitaciones, astenia) el ECG se realizó cada 3 meses. Al cabo de 2 años se analizó el número de casos detectados en cada grupo, el tiempo hasta la detección, y las complicaciones asociadas a la FA. Se utilizaron tests descriptivos.

**Resultados.** Se incluyó un total de 928 pacientes (463 pacientes en el GE y 465 en el GC). La edad, proporción y número de FR fue similar en ambos grupos. Se diagnosticó un total de 16 FA, 11 FA en pacientes del GE y 5 FA en el GC (probabilidad acumulada 2,4 % frente al 1,1 %,  $p = 0,098$ ), siendo la diferencia estadísticamente significativa sólo en el subgrupo de pacientes varones (4 % frente al 1,3 %,  $p = 0,026$ ) y el subgrupo de pacientes con dos o más FR ( $p = 0,048$ ).

**Conclusión.** El método propuesto es útil para la detección precoz de la FA en Atención Primaria en pacientes varones y en aquellos con dos o más FR para desarrollar FA.

**//// ID 188**

Perfil de pacientes con insuficiencia cardíaca en Atención Primaria

Pérez Aranda M, Fortit García J, Llorente González J, Hernández Gil R, Gimeno Feliu L, Valdepérez Torrubia J

CS San Pablo; CS Actur Sur. Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: jonatanfortit@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.188>

**Objetivos.** Comparar el perfil de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) atendidos en Atención Primaria (AP) con los pacientes de los principales ensayos clínicos.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo, multicéntrico, en pacientes con diagnóstico de IC en AP a partir de los registros de historia clínica. Variables principales: edad, sexo, talla, peso, índice de masa corporal (IMC), presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD), fracción de eyección (FE), creatinina, potasio, tabaco, inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA) o antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA II), betabloqueantes, diuréticos, ácido acetilsalicílico (AAS), estatinas, número de medicamentos crónicos y comorbilidad. Se comparan los resultados con los estudios Valiant, Rales, Charm, Ephesus, Solvd, Val-HeFT y Cibis II. **Resultados.** Se estudiaron todos los pacientes con diagnóstico de IC de dos centros de salud urbanos. Fueron 414 pacientes, 60,63 % mujeres (frente 30 % en los ensayos). La media de edad fue 79,4 años frente a 64-66 años. Presentaban HTA el 23,67 % de los pacientes frente al 40-50 %, cardiopatía isquémica 8,45 % frente al 30 %, arritmia completa por fibrilación auricular (ACxFA) 4,11 frente al 10 %, diabetes 31,64 frente al 25 %. En cuanto a otras patologías asociadas, como: dislipemia 11,11 %, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 2,66 %, artrosis 4,35 %, tabaquismo 7,73 % y ansiedad-depresión 9,18 %, no hay estudios que hagan referencia a ellas. Tenían prescritos de forma crónica una media de 7,7 fármacos por paciente. Tomaban ARA II o IECA el 62,32 frente al 80 %, betabloqueantes el 33,3 frente al 75 %, diuréticos el 74,4 frente al 60 %, AAS el 36,23 frente al 90 % y estatinas el 26,81 frente al 30 %.

**Conclusión.** El perfil de pacientes con IC en AP es muy distinto al de los pacientes de los principales ensayos clínicos. Los pacientes de AP son de mayor edad, con mayor comorbilidad, mayor proporción de mujeres y diferencias en la prescripción farmacológica. Esto implica importantes problemas de validez externa y generalización. Es imprescindible el desarrollo de estudios desde la AP que mejoren su aplicabilidad.

**//// ID 582**

Asociación entre la composición corporal y el riesgo cardiovascular cuantificado con las tablas Score Ortega Sánchez-Pinilla R, Grandes Odriozola G, Torcal Laguna J, Sánchez Pérez A, Montoya Arroniz I, y Grupo Pepaf

CS Santa Bárbara; Unidad de Investigación en AP de Bizkaia; CS Basauri. Toledo, Bilbao. Castilla-La Mancha, País Vasco

Correo electrónico: ricardoo@sescam.jcm.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.582>

**Objetivos.** Averiguar el grado de asociación de las categorías de composición corporal (CC) con el riesgo cardiovascular (RCV) cuantificado mediante la tabla Score.

**Material y métodos.** Estudio observacional de los datos basales de la cohorte de 4 927 pacientes del estudio PEPAF (de 20 a 80 años). Se les midieron y recogieron: índice de masa corporal (IMC) con peso y talla en kg/m<sup>2</sup>, perímetro

abdominal (PA) en cm, porcentaje de grasa corporal (PGC) con pliegues grasos cutáneos, edad, clase social, nivel de estudios, situación laboral, consumo de tabaco y alcohol, factores de RCV (hipertensión arterial, diabetes y dislipemia), puntuación del RCV según SCORE y niveles de actividad física. Variable dependiente: puntuación de RCV dicotomizada en bajo (<5 puntos) y alto (≥5 puntos). Variables independientes: combinación de PA, IMC y PGC categorizada en sujetos: delgados (PA ≤102 en hombres y 88 en mujeres, IMC <25 y PGC ≤25 % en hombres y 30 % en mujeres), con PA alto solamente (>102 en hombres y 88 en mujeres), con IMC alto solamente (>25), con PGC alto solamente (>25 % en hombres y 30 % en mujeres), con PA 1 IMC elevados, con PA 1 PGC elevados, con IMC 1 PGC elevados, y con PA 1 IMC 1 PGC elevados. El resto de datos medidos y recogidos eran considerados covariables. Se calcularon las odds ratios (OR) de tener un RCV alto en las categorías de CC, ajustadas para los posibles factores de confusión.

**Resultados.** En hombres: OR (IC 95 %) de RCV alto en delgados = 1,00, IMC = 1,24 (0,7-2,0), PGC = 0,90 (0,3-2,4), PA + IMC = 2,18 (0,9-5,0), IMC + PGC = 1,69 (1,0-2,7) y PA + IMC + PGC = 2,01 (1,2-3,3). En mujeres: OR (IC 95 %) de RCV alto en delgadas = 1,00, PA = 2,39 (0,7-7,7), IMC = 0,99 (0,4-2,3), EGC = 2,76 (1,6-4,6), PA + IMC = 2,48 (0,5-10,6), PA + PGC = 2,03 (0,9-4,2), IMC + PGC = 1,87 (1,1-3,2) y PA + IMC + PGC = 3,76 (2,3-5,9).

**Conclusión.** Las elevaciones de IMC + PGC y de PA + IMC + PGC (probablemente la verdadera obesidad) son las que se asocian a un RCV alto en hombres y mujeres.

**//// ID 678**

Cribado de aneurisma de aorta abdominal y ateromatosis de aorta abdominal mediante ecografía de bolsillo en Atención Primaria

Sisó Almirall A, Gilabert Solé R, Bru Saumell MC, Mas Heredia M, Adriyanov Kostov B, Benavent Areu J

CAP Les Corts; Hospital Clínic de Barcelona; Grupo de Investigación Transversal en Atención Primaria (IDIBAPS); Universidad de Barcelona. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: asiso@clinic.ub.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.678>

**Objetivos.** En el año 2005 la US Preventive Task Force otorgó como recomendación clase B el cribado del aneurisma de aorta abdominal (AAA) con ecografía en hombres de 65-75 años fumadores o exfumadores, incluyéndose desde entonces como prueba de cribado del Medicare. Nuestro objetivo fue determinar la presencia de AAA y de ateromatosis en la aorta abdominal (AtAA) en una muestra de hombres de alto riesgo cardiovascular y relacionar su presencia con la existencia de factores de riesgo o enfermedad cardiovascular.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal en una muestra de hombres mayores de 50 años fumadores, hipertensos, o ambos, que consultan en un centro de salud urbano. Un médico de familia con entrenamiento previo realizó una ecografía abdominal con un nuevo dispositivo de bolsillo (Vscan) validado frente a un ecógrafo convencional, determinó las medidas de la aorta y la presencia de AtAA en localizaciones estandarizadas.

**Resultados.** Se incluyeron 65 hombres, excluyéndose tres casos por visualización deficiente, con una media de edad de 68,1 años y un tiempo medio de realización del Vscan de 380 segundos. Se observaron cuatro casos de AAA (6,4 %): dos casos de 3-5 cm de diámetro y dos casos superiores a 6 cm; todos eran fumadores activos (3) o exfumadores (1).

Por otra parte, 38 casos (61,3 %) presentaron AtAA: 26/38 tenían hipercolesterolemia frente a 10/24 sin AtAA ( $p = 0,06$ ). Se observó una relación directamente proporcional entre el número de fármacos antihipertensivos y la presencia de AtAA ( $p = 0,06$ ). Los pacientes con AtAA tenían una mayor proporción de enfermedad cardiovascular ( $p = 0,07$ ), tratamiento hipolipemiente ( $p = 0,007$ ) y antiagregante ( $p = 0,02$ ). **Conclusión.** La práctica de ecografía de bolsillo (que denominamos ecoscopia) en Atención Primaria puede ser útil en el diagnóstico precoz del AAA en hombres. La observación de AtAA y la generalización del Vscan podrían contribuir a modificar las estimaciones de riesgo cardiovascular más allá de los métodos clásicos de estratificación.

#### SESIÓN ORAL 8

Viernes, 10 de junio / 09.30-11.30 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 10

### Gestión, atención y calidad asistencial

#### //// ID 81

La atención telefónica en asistencia primaria.  
Un recurso efectivo y bien valorado

Oriol Torón P, Granado Corzo S, García Jordán M,  
Arizaga Giordía B, Colorado Sánchez E, Nuñez Díaz C

*ABS Martorell Urbà. Martorell (Barcelona). Cataluña*

*Correo electrónico: 31219pot@comb.cat*

*DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.81>*

**Objetivos.** Evaluar la efectividad de la consulta telefónica para la resolución de problemas de salud de baja complejidad en Atención Primaria. Analizar el grado de satisfacción de nuestros pacientes en relación a la utilización del teléfono como medio de resolución de problemas de salud y vehículo de información sanitaria.

**Material y métodos.** *Tipo de estudio:* estudio descriptivo transversal. *Ámbito:* Área Básica de Salud urbana que atiende a 28.000 usuarios. *Sujetos:* pacientes asignados al cupo de un médico de familia, atendidos mediante consulta telefónica entre septiembre-diciembre de 2008. Muestra calculada a partir del número de visitas telefónicas realizadas en 1 año (1.166), para un porcentaje de reconsulta del 30 % y una precisión del 0,09 %. *N:* 96, obtenidos mediante muestreo aleatorio simple a partir de las realizadas en el período de seguimiento (193). Las pérdidas fueron repuestas. *Mediciones:* la evaluación de la efectividad de la consulta telefónica se midió a partir de la variable no reconsulta: pacientes que no solicitaron visita presencial en los 15 días siguientes al contacto telefónico para tratar el mismo problema de salud (revisión e-cap). Se registró el grado de satisfacción del usuario en relación a la resolución o no del problema planteado y la atención/información recibida, mediante entrevista telefónica utilizando un cuestionario realizado *ad-hoc*. Otras variables: sociodemográficas (edad, sexo). *Análisis estadístico:* proporciones para variables cualitativas (no reconsulta, sexo, satisfacción con resolución telefónica); media y distribución para la edad.

**Resultados.** Edad:  $52,68 \pm 19,24$ ; 60,4 % (IC 49,9-70,3) son mujeres; efectividad atención: 74 % (IC 64-82,4); 89,6 % (IC 81,7-94,9) opinan que el problema quedó resuelto; 90,6 % (IC 83-95,6) se sienten muy/bastante satisfechos con la atención recibida y piensan que el teléfono es un buen medio para solucionar problemas de salud.

**Conclusión.** En la mayor parte de los casos, el problema planteado quedó resuelto mediante contacto telefónico.

Nuestros pacientes se muestran muy satisfechos con la atención recibida, y valoran de forma positiva la utilización del teléfono como instrumento mediador en la resolución de algunos problemas de salud.

#### //// ID 506

Modelos organizacionales de Atención Primaria en Europa

Martín Martínez M, Del Pino Valero V, Parody Rúa E,  
Sarría Santamera A, Segovia Pérez C,  
y Consorcio Europeo Euprimecare

*Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria (ISCIII), Departamento de Ciencias Sociales y Médico Sociales-Universidad Alcalá de Henares; University Bielefeld; University Tartu; National Institute For Strategic Health Research. Madrid. Comunidad de Madrid*

*Correo electrónico: eparody@isciii.es*

*DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.506>*

**Objetivos.** Este trabajo forma parte del proyecto EUPRIME-CARE, financiado por el 7º Programa Marco. El objetivo de este estudio es identificar los modelos de Atención Primaria (AP) en Europa.

**Material y métodos.** Han participado 7 países de la Unión Europea. Se diseñó un cuestionario, en el que se incluyeron variables de 5 dimensiones (botones de control): financiación, regulación, pago, organización y comportamiento organizacional; además se consideró variables relacionadas con la cartera de servicios de estos países. Se realizó un análisis descriptivo y un análisis de componentes principales (ACP). Estos análisis se complementaron con la revisión de la bibliografía.

**Resultados.** Los tres principales componentes del ACP explicaron el 29, 21 y 17 %, respectivamente, de la varianza total. Basados en las variables con coeficientes más altos en estos tres componentes, se propuso un marco para identificar una serie de características que parecen ser relevantes en términos de clasificación de sistemas de AP. Este conjunto de variables corresponden a los cinco botones de control: Financiación (prestación de servicios a través de sistema nacional-regional/local y seguro privado voluntario); Regulación (distribución geográfica de servicios de AP); Pago (ingresos a profesionales: capitación/salario/pago por servicio/out off pocket); Organización (*gate-keeping* a especialista, tipo de instalaciones: públicas/privadas, tipo de práctica: individual/grupo/red integrada); Comportamiento organizacional (gestión de calidad en AP, programas de educación continuada, adaptación local de guías de práctica clínica).

**Conclusión.** Este trabajo representa una primera aproximación para identificar los principales aspectos y variables que podrían ser utilizados para determinar una tipología de los modelos existentes en AP en Europa. Se está trabajando en la validación de estos resultados con otros países de la Unión Europea.

#### //// ID 514

Satisfacción de los médicos de Atención Primaria, farmacéuticos comunitarios y pacientes con la receta electrónica

Vilaró Jaques L, Font-Ribera L, Marín Gómez X,  
Bonet Esteve A

*Gerencia Territorial Catalunya Central, ICS. Sant Fruitós de Bages (Barcelona). Cataluña*

*Correo electrónico: lfont.cc.ics@gencat.cat*

*DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.514>*

**Objetivos.** Describir la valoración sobre la receta electrónica (RE) de médicos de Atención Primaria, farmacéuticos comunitarios y pacientes, transcurrido 1 año del despliegue en el territorio.

**Material y métodos.** Estudio transversal en tres servicios de AP (509.670 habitantes). Se pretendía encuestar telefónicamente a todos los médicos jerarquizados y las oficinas de farmacia. La encuestadora se desplazó 3 días a cada centro de las capitales de comarca (N=5) y entrevistó personalmente a los pacientes. Se utilizaron 3 encuestas con 16 preguntas cerradas, algunas comparables entre los 3 colectivos. Período de estudio: julio-septiembre 2010. Se utilizó la prueba de ji al cuadrado para detectar diferencias entre médicos, farmacéuticos y pacientes.

**Resultados.** 900 encuestas: 187 médicos (72 % total), 159 farmacéuticos (93 % total), 554 pacientes (media de edad = 55 años; DE = 18,1). El 96 % de los médicos y todas las farmacias utilizaban RE, pero sólo lo hacían el 54 % de los pacientes. La mayoría de los médicos, farmacéuticos y pacientes habían recibido información/formación adecuada (66, 64 y 87 %, respectivamente; p-valor < 0,001) e identificaban una persona de referencia para resolver dudas (89, 96 y 93 %, respectivamente; p-valor = 0,031). Médicos (M) y farmacéuticos (F) opinaban mayoritariamente que RE facilita el seguimiento del paciente (M = 61 %, F = 66 %; p-valor = 0,590), reduce errores de medicación (M = 78 %, F = 91 %; p-valor < 0,05), racionaliza el consumo de medicamentos (M = 74 %, F = 78 %; p-valor = 0,448) pero no mejora la comunicación entre ellos (M = 65 %, F = 77 %; p-valor < 0,05). La mayoría de los pacientes creían que la RE disminuye las visitas al médico (90 %), pero no a la farmacia (61 %). Sólo el 8 % de los médicos, el 13 % de los farmacéuticos y el 9 % de los pacientes volverían al sistema tradicional (p-valor < 0,005). La valoración global sobre 10 fue: 6,8 en farmacéuticos, 7,3 en médicos y 8,4 en pacientes (p < 0,01).

**Conclusión.** Tras 1 año de implantación, los tres colectivos estaban mayoritariamente bastante satisfechos con la RE. Se detectan diferencias en la valoración, siendo en general los pacientes los más satisfechos y los farmacéuticos los que menos.

#### //// ID 584

El uso de fármacos por médicos de familia ¿mejora mediante un curso breve de formación en prescripción razonada?

López Santiago A, Menárguez Puche J, Delsors Mérida-Nicolich E, Rausell Rausell V, Serrano Navarro A, García Córdoba J

CS Jesús Marín. Molina de Segura (Murcia). Región de Murcia

Correo electrónico: juanfran.menarguez@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.584>

**Objetivos.** Describir el impacto de un curso semipresencial sobre prescripciones de médicos de familia (MF).

**Material y métodos.** Estudio de intervención controlado realizado sobre MF de una comunidad autónoma. Se valoró el impacto de un curso de prescripción razonada: cuatro horas presenciales más una estrategia educativa basada en la *Guía Terapéutica de Atención Primaria*. Se evaluaron prescripciones de 24 de los 195 médicos que participaron, pertenecientes a 10 Equipos Atención Primaria (EAP), seleccionados mediante muestreo por cuotas. Se compararon sus prescripciones con las de 24 médicos de los mismos EAP (sin participación en ningún curso institucional sobre prescripción). Selección de grupo control e intervención tuvo en cuenta

que fueran similares respecto a acreditación docente. Los indicadores de evaluación usados fueron utilización de: omeprazol/inhibidores de bomba de protones [IBP], inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina/antagonistas de los receptores de angiotensina II (IECA/ARA II), ibuprofeno/antiinflamatorios, penicilinas/antibióticos y simvastatina/estatinas. Se midió el porcentaje de uso de diferentes principios activos en cada grupo terapéutico, incluyendo el 100 % de las prescripciones de todos los principios activos del grupo realizadas durante 3 meses. Se analizaron 6 meses pre intervención y 6 meses postintervención, comparando la evolución de prescripciones. Se realizaron estudios descriptivos y tablas de contingencia 2 x 2.

**Resultados.** Se incluyeron datos de 118.970 prescripciones durante los 6 meses estudiados. Los MF del grupo intervención mejoraron sus prescripciones de IBP y estatinas (p < 0,001). Aumentó el porcentaje de uso de omeprazol (del 57,8 al 70,3 %), descendió el uso de todos los demás IBP. Se comprobó también un aumento del uso de simvastatina (del 23,9 al 28,7 %). Los MF no cambiaron su perfil de uso de antiinflamatorios, antibióticos ni IECA/ARA II.

En el grupo control no hubo cambios significativos en ninguno de los grupos terapéuticos.

**Conclusión.** La realización de un curso de prescripción razonada puede cambiar el perfil de prescripción de IBP y estatinas a medio plazo, no afecta al uso de antiinflamatorios, antibióticos e IECA/ARA II.

#### //// ID 677

Factores asociados a la frecuentación en las consultas de Medicina de Familia

Magán Tapia P, Alberquilla Menéndez-Asenjo Á, Lora Pablos D, Gil de Pareja M, López Gutiérrez A

UD Multiprofesional de MFyC del Hospital Universitario 12 de Octubre.

Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: pmagantapia@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.677>

**Objetivos.** Describir la frecuentación de los pacientes atendidos en Atención Primaria (AP) e identificar su principales factores explicativos.

**Material y métodos.** *Diseño:* estudio observacional, transversal, analítico. *Ámbito:* un área de salud (AS) de AP. *Sujetos:* los pacientes  $\geq 14$  años atendidos en 39 centros de salud (CS) durante 2008. *Variables:* 1) del paciente: demográficas, complejidad o carga de enfermedad (valorada mediante pesos relativos por grupos clínicos ajustados [ACG®]); 2) del médico de familia (MF): edad, sexo, especialidad (mir/no mir), tipo de contrato, categoría profesional (equipo Atención Primaria, EAP/no EAP), tiempo en la plaza (días); 3) de la zona básica: renta media disponible (RMD). *Análisis estadístico:* modelo multinivel de tres niveles: paciente (nivel 1), MF (nivel 2) y zona básica (nivel 3), siendo la variable dependiente la frecuentación (número de visitas anuales por paciente a su MF).

**Resultados.** Pacientes atendidos 538554; 56,21 % mujeres; edad media = 48,62  $\pm$  19,73 años; 15,48 % inmigrantes, rango complejidad = 0,47-1,27. De los 486 MF estudiados, 64,8 % eran mujeres, edad media = 47,83  $\pm$  8,29 años y mediana de tiempo trabajado = 1380 días (642 a 14456). El 56,2 % era MIR, propietario de plaza = 62,3 % e integrados en EAP el 96,1 %. La media de frecuentación fue 7,79  $\pm$  7,21 visitas-paciente-año. La mediana de la RMD = 9576,50 € (6895,23-14717,34 €). En el modelo multinivel final, el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) fue = 4 %. Alcanzaron la significación estadística las siguientes variables: nivel paciente: ser mujer (estimador = 0,35), edad (estimador = 0,02)

y la complejidad (estimador = 9,27); nivel MF: formar parte de un EAP (estimador = -2,45); nivel zona básica: RMD (estimador = -0,20).

**Conclusión.** En nuestro ámbito, los pacientes configuran un grupo heterogéneo dentro de un mismo cupo médico y de una misma zona básica. Las características de los pacientes son las variables más frecuentes en el modelo final explicativo de la frecuentación de modo que ser mujer, tener mayor edad y complejidad aumentan la frecuentación.

#### //// ID 685

Frecuentación de la población inmigrante en Atención Primaria en relación a la carga de morbilidad

Gimeno Feliu L, Calderón Larrañaga A, Lasheras Barrio M, Poblador Plou B, Luzón L, Prados Torres A

CS San Pablo; Instituto Aragonés de Ciencias de La Salud; CS Hellín.

Zaragoza, Albacete. Aragón, Castilla-La Mancha

Correo electrónico: lugifel@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.685>

**Objetivos.** Comparar los patrones de utilización de Atención Primaria (AP) de la población inmigrante con los de la población española ajustando por morbilidad.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de toda la población de referencia de tres centros de salud (CS) urbanos. Variable independiente: condición de extranjero. Variable dependiente: citas en el CS durante el año 2007. Se realizó un ajuste por edad, sexo y carga de morbilidad según ACG (*Adjusted Clinical Groups System*®-versión 8.1). Se empleó el paquete estadístico SPSS 15.0 para el análisis estadístico.

**Resultados.** La población de estudio fueron 69.067 personas, de las cuales 13.040 eran inmigrantes (el 18,8%). La frecuentación al CS ajustada por edad y sexo de los inmigrantes es menor que la de los españoles (en niños IRR = 0,79,  $p < 0,05$  y en adultos IRR = 0,73,  $p < 0,05$ ). La frecuentación ajustada por edad, sexo y carga de morbilidad en niños fue menor en inmigrantes que en españoles en visitas totales (IRR = 0,94,  $p < 0,05$ ), y tanto en visitas a demanda (IRR = 0,95,  $p < 0,05$ ) como urgentes (IRR = 0,68,  $p < 0,05$ ). Sin embargo, a los niños inmigrantes se les solicitaron más pruebas diagnósticas (IRR = 1,77,  $p < 0,05$ ). En relación a la población adulta, la frecuentación al CS ajustada por edad, sexo y carga de morbilidad fue igual para inmigrantes que para españoles (IRR = 1,00), menor en visitas a demanda (IRR = 0,97,  $p < 0,05$ ) y domicilios (IRR = 0,41,  $p < 0,05$ ) pero mayor en urgencias (IRR = 1,2,  $p < 0,05$ ) y en solicitud de pruebas complementarias (IRR = 1,21,  $p < 0,05$ ).

**Conclusión.** La frecuentación en AP ajustada por edad y sexo es menor en inmigrantes que en españoles. Cuando se ajusta por carga de morbilidad estas diferencias disminuyen en niños y desaparecen en adultos. Estos hallazgos refuerzan la tesis del «inmigrante sano» y que la accesibilidad a la AP por necesidad sanitaria es correcta.

#### //// ID 8

La gestión de la demanda espontánea.  
Una intervención basada en la utilización racional de los recursos

Oriol Torón P, Granado Corzo S, Arizaga Ciordia B, García Jordán M, Núñez Díaz C, Colorado Sánchez E

ABS de Martorell. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: 31219poi@comb.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.8>

**Objetivos de la experiencia.** Desarrollar un circuito específico para la gestión eficaz de la demanda espontánea en un centro de asistencia primaria. Optimizar el uso racional de las visitas imprevisibles en nuestro centro. Mejorar el grado de satisfacción de los profesionales implicados en la gestión de la consulta espontánea en nuestro centro.

**Descripción de la experiencia.** En 2008 establecimos un circuito para la gestión de la demanda espontánea, basado en la formación al usuario en el uso racional de este recurso (información oral por parte del personal administrativo-facultativo implicado acerca de conceptos no incluidos en este tipo de visitas [consenso de equipo: burocráticos, recepción de pruebas complementarias, sintomatología clínica de más de 1 semana de evolución], y documentación escrita de apoyo). Excepción: decisión contraria del facultativo responsable por motivo de especial relevancia.

Se analizaron todas las visitas imprevistas realizadas en nuestro cupo durante los meses septiembre-diciembre de 2007 y 2008, año en el que llevamos a cabo la experiencia. Se realizó una evaluación comparativa interanual de los siguientes parámetros (variables): número de visitas, edad, sexo, porcentaje de visitas justificadas, motivos de consulta, reclamaciones, grado de satisfacción de los profesionales implicados (escala Likert).

**Resultados.** N = 178. *Septiembre-diciembre 2007:* 102 consultas (57,9 % de visitas totales); media de edad: 43,87 ± 19,37; 60,2 % mujeres; 57,1 % justificadas ( $p: 0,000$ ); motivos: 2,9 % pruebas complementarias, 10,7 % burocráticas, 74,4 % clínicas. *Septiembre-diciembre 2008:* 75 consultas (42,1 % de visitas totales); media de edad: 46,31 ± 19,02; 53,3 % mujeres; 88,4 % justificadas ( $p: 0,000$ ); motivos: 0 pruebas complementarias, 5,3 % burocráticas, 81,3 % clínicas.

Reclamaciones: ninguna. Satisfacción del profesional (escala Likert): 100 % de profesionales (administrativos-facultativos) implicados están bastante/muy satisfechos en relación a eliminación de mensajes contradictorios y presión soportada.

**Conclusiones.** Ha disminuido significativamente el porcentaje de visitas espontáneas no justificadas. Se ha optimizado el uso equilibrado y racional de la demanda espontánea. Los profesionales implicados se sienten menos presionados. Se han eliminado mensajes contradictorios entre los profesionales.

#### //// ID 34

Nuevas alianzas con nuestros clientes externos, asociaciones de pacientes

María Tablado M, Seco Martín L, Mena Fera J, Torres Morales J, Montejo Martínez C

CS Los Fresnos. Torrejón de Ardoz (Madrid). Comunidad de Madrid

Correo electrónico: docencialosfresnos@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.34>

**Objetivos de la experiencia.** Mejorar la Política de Alianzas con nuestros clientes externos a través de sesiones abiertas con las asociaciones de pacientes (AAPP) registradas y ubicadas en nuestra zona básica de salud.

**Descripción de la experiencia.** Obtuvimos en el Ayuntamiento de referencia un listado actualizado de AAPP. Contactamos con ocho AAPP con: Alzheimer, Parkinson, diabetes, estimulación temprana, anorexia, fibromialgia, cáncer. Se les emplazaba a una reunión con los miembros del equipo (MMEE) que libremente quería asistir. Una hora de duración. El formato: presentación por MMEE, objetivos de las AAPP, actividades, ruegos y preguntas. Participa-



ron todas las AAPP y el 85 % de los MMEE. En todas las ocasiones se excedió del tiempo. Se realizó un acta de cada sesión. Cuatro meses después administramos a los MMEE una encuesta (voluntaria, anónima) que incluía: detección de déficit y necesidades en formación de actividades comunitarias (FAC), satisfacción con las sesiones, número de pacientes derivados (resultados). Otra encuesta telefónica fue realizada en el mismo período con las AAPP sobre conocimientos de la estructura sanitaria de la zona, funciones del centro de salud, satisfacción y número de derivaciones (resultados). De las actas y encuestas, las AAPP valoraron positivamente: la originalidad de la idea, haberse sentido escuchados, proximidad de los MMEE, posibilidad de *feedback*. De las actas y encuestas a los MMEE: importantes posibilidades de derivación de pacientes, formación y *feedback*. Hubo 5 nuevas derivaciones. Los MMEE reconocieron déficit y necesidad en formación comunitaria. Las AAPP desconocen el organigrama sanitario de la zona y las funciones de un centro de salud.

**Conclusiones.** Las alianzas con los pacientes son posibles. Ambas partes se sorprendieron de las posibilidades de coincidencias en un futuro. La FAC es una asignatura pendiente en los profesionales de Atención Primaria.

#### //// ID 54

Coordinación asistencial entre Atención Primaria y Cardiología

Sanmartín M, Villoch Salgueiro B, Moix Blázquez P, Prado Domínguez J, Izquierdo Fernández R, Cobas Pacín P

Hospital Povisa, CS Cangas, CS Moaña, CS Coia, CS Coruxo, CS Valmiñor. Vigo. Galicia

Correo electrónico: [msanfer@telefonica.net](mailto:msanfer@telefonica.net)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.54>

**Objetivos de la experiencia.** Analizamos los resultados de la aplicación de unos protocolos de derivación consensuados entre Servicios de Atención Primaria y el Servicio de Cardiología sobre el volumen de actividad y los tiempos de espera para citación de consultas externas.

**Descripción de la experiencia.** Se elaboraron protocolos de actuación que describen las pautas de tratamiento inicial y especifican los subgrupos a los que se recomienda consulta y seguimiento en Cardiología. Nuestra área sanitaria comprende cerca de 148.000 habitantes, distribuidas en 10 centros de Atención Primaria, que derivan aproximadamente 3.200 consultas anuales a Cardiología. A lo largo de su período de aplicación se llevó a cabo un programa docente basado en cursos presenciales y distribución por vía electrónica de revisiones bibliográficas. Antes de la aplicación oficial de los protocolos, el tiempo de espera medio (TEM) para una primera consulta en Cardiología era de 98 días, con un total de 1.068 pacientes en espera (537 entre 0-3 meses; 406 entre 3-6 meses y 125 entre 6-12 meses). Tras dos años el TEM era de 25 días, con un total de 126 pacientes en espera, todos con citas < 3 meses desde la solicitud, la mayoría < 1 mes. El número total de consultas de Cardiología derivadas desde Atención Primaria el año previo a la aplicación de los protocolos fue de 3.150. En los 2 años siguientes se realizaron 3.284 y 3.099 consultas en total.

**Conclusiones.** La aplicación de protocolos de derivación consensuados y el contacto estrecho entre médicos de Atención Primaria y especialistas es capaz de reducir de forma importante los tiempos de espera en consultas de Cardiología.

#### //// ID 486

Implementación de ECOPIH en un área de Atención Primaria. De proyecto a realidad  
Lacasta Tintorer D, Flayeh Beneyto S, Alzaga X, De La Fuente J, Saigí Rubio F, Llatas Sánchez A

CAP La Salut. Badalona (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: [lacasta.david@gmail.com](mailto:lacasta.david@gmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.486>

**Objetivos de la experiencia.** Implementar ECOPIH (Herramienta de Comunicación On-line entre Primaria y Hospital) en una área de Atención Primaria (nueve centros de salud y un hospital).

**Descripción de la experiencia.** ECOPIH es un sistema de comunicación *on-line* entre profesionales de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE), con el objetivo de resolver dudas sobre casos clínicos. La herramienta funciona tipo foro (tanto la pregunta como la respuesta son accesibles para todos los miembros del grupo, que pueden participar en la discusión). Se pueden añadir fotografías, documentos escaneados, pdf o cualquier información de interés, convirtiéndose en una comunidad de práctica (los mismos usuarios crean el conocimiento disponible de forma colectiva). Existe un grupo por cada especialidad. Las normas son: confidencialidad del paciente, exención de responsabilidad por parte del especialista e identificación del profesional.

Después de una prueba piloto, se ha ampliado su uso desde hace 3 meses a toda el área de AP (nueve centros de salud) junto con su hospital de referencia. En estos momentos hay un total de 17 especialidades activas, y otras 4 se incorporarán de forma inmediata.

Se han planteado 76 casos clínicos, se ha obtenido respuesta antes de las 48 horas en un 66 % de los casos, y en un 91 % antes de los 7 días. Se han publicado 82 documentos, 5 imágenes y 21 enlaces de internet. Un 27 % de los documentos han sido publicados por el especialista a iniciativa propia.

**Conclusiones.** ECOPIH se muestra como un sistema ágil, rápido y eficaz para la resolución de casos clínicos. Favorece la autoformación del profesional a partir de casos propios y ajenos, mejora la comunicación entre niveles asistenciales y probablemente ayude a disminuir las derivaciones a AE (proyecto de investigación).

#### SESIÓN: MEJORES COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 10 de junio / 12.00-14.00 h

Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 7

En esta sección se presentarán las mejores comunicaciones orales presentadas en el Congreso, que serán seleccionadas por el Comité Científico durante el transcurso del mismo, y de entre las cuales se elegirán las comunicaciones premiadas.

## Comunicaciones póster

### Comunicaciones con defensa

Sesión póster 1.....	123
Alcohol y drogadicción .....	123
Tabaquismo .....	123
Sesión póster 2.....	124
Digestivo.....	124
Enfermedades infecciosas .....	124
EPOC y enfermedades respiratorias.....	124
Neurología / Cerebrovascular.....	125
Sesión póster 3.....	125
Atención al anciano .....	125
Atención al cuidador .....	126
Sesión póster 4.....	126
Atención al adolescente .....	126
Atención a la mujer / Embarazo .....	126
Salud mental / Burnout .....	127
Urgencias .....	127
Sesión póster 5.....	127
Docencia .....	127
Gestión, atención y calidad asistencial.....	127
Medicamentos / Medicina alternativa.....	128
Seguridad del paciente .....	128
Vacunas.....	128
Sesión póster 6.....	128
Enfermedad cardiovascular / Factores de riesgo cardiovascular .....	128
Osteoporosis / Aparato locomotor.....	129

### Comunicaciones sin defensa

Proyectos de investigación .....	130
Pósteres sin defensa.....	133
Alcohol y drogadicción .....	133
Anticoagulación / Antiagregación .....	133
Atención al adolescente .....	134
Atención al anciano .....	134
Atención al cuidador .....	135
Atención a la mujer / Embarazo .....	135
Cáncer.....	136
Diabetes y síndrome metabólico.....	136
Digestivo.....	139
Dislipemias / Nutrición / Obesidad.....	139
Docencia .....	139
Enfermedad cardiovascular / Factores de riesgo cardiovascular .....	140
Enfermedad renal .....	142
Enfermedades infecciosas .....	143

EPOC y enfermedades respiratorias.....	144
Gestión, atención y calidad asistencial.....	145
Hipertensión arterial .....	149
Medicamentos / Medicina alternativa.....	150
Medicina y medios de comunicación .....	150
Neurología / Cerebrovascular.....	150
Osteoporosis / Aparato locomotor.....	151
Otros / Miscelánea .....	151
Salud mental / Burnout .....	154
Seguridad del paciente .....	155
Tabaquismo .....	155
Urgencias .....	156
Vacunas.....	158
Validación de estudios.....	158
Violencia doméstica .....	159

#### 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 después de <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 31.º 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.2011.Abst.5>

## COMUNICACIONES CON DEFENSA

**SESIÓN PÓSTER 1**

Jueves, 9 de junio / 09.30-11.30 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 9

## Alcohol y drogadicción

**//// ID 187**

Perfil del paciente atendido en una Unidad de Alcoholismo

Merino Rodríguez E, Porcel Ruiz J, Fernández Barrera R, Ávila Escribano J, Escribano Hernández A

Varios centros de salud, Unidad de Alcoholismo y Gerencia de AP de Salamanca. Salamanca. Castilla y León  
Correo electrónico: aescribano@saludcastillayleon.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.187>

**//// ID 753**

Cómo valoran los pacientes la Ley Antitabaco  
Roig Grau I, Rodríguez Sotillo D, Sánchez Sánchez-Crespo A, Català Magre M, Pardo Fonfría C, Pla Grau C

ABS Manresa-4. Manresa (Barcelona). Cataluña  
Correo electrónico: isabelroiggrau@gmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.753>

## Tabaquismo

**//// ID 7**

La presencia de hábito tabáquico. ¿Se refleja en las historias clínicas de urgencias de pacientes con dolor torácico?

Pendón Fernández S, Sarmiento Cruz M, Cervantes Guijarro C, Mau E, Cibrián Sánchez S

Hospital Axarquía de Vélez-Málaga. Málaga. Andalucía  
Correo electrónico: megasalva@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.7>

**//// ID 99**

Seguimiento a tres años de una consulta de deshabituación tabáquica

Martínez Iguaz S, Bartolomé Moreno C, Albistur Lesmes I, Martínez Romero R, Royo Chopo Y, Córdoba García R

CS Hijar; UD de MFyC de Zaragoza I; CS Ejea; Hospital Royo Villanova; CS Delicias Sur. Zaragoza. Aragón  
Correo electrónico: sumariz07@yahoo.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.99>

**//// ID 230**

Evaluación de un programa de deshabituación tabáquica

Roldán Machado C, Jiménez Martínez J, Frías Tejederas G

UGC de La Rambla, Distrito Sanitario Córdoba Sur. Córdoba. Andalucía  
Correo electrónico: gabrielrite@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.230>

**//// ID 300**

Correlaciones entre el índice de masa corporal y la función pulmonar en sujetos fumadores asintomáticos

Martín Luján F, Piñol Moreso J, Berenguer Atrio P, Girona Real R, Gómez Santidrián F, Moreno Lagunas A

Grupo de Investigación en Respiratorio-IDIAP Jordi Gol; Dirección de Atención Primaria de Tarragona-Reus. Tarragona. Cataluña  
Correo electrónico: fmartin@camfic.org  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.300>

**//// ID 356**

Alteraciones espirométricas en una cohorte de sujetos fumadores asintomáticos: prevalencia según la comorbilidad

Pascual Palacios I, Martín Luján F, Camos Guijosa P, Palacios Llamazares L, Sánchez Oro I, Urbaneja Díez A

Grupo de Investigación en Respiratorio, IDIAP Jordi Gol; Dirección de Atención Primaria de Tarragona-Reus. Tarragona. Cataluña  
Correo electrónico: fmartin@camfic.org  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.356>

**//// ID 430**

Detección de alteraciones espirométricas en fumadores asintomáticos: impacto sobre el hábito tabáquico

Martín Luján F, Rius Fernández B, Del Pozo Nubió A, Sardaña Álvarez E, Subirats Segarra R, Piñol Moreso J

Grupo de Investigación en Respiratorio, IDIAP Jordi Gol; Dirección de Atención Primaria de Tarragona-Reus. Tarragona. Cataluña  
Correo electrónico: fmartin@camfic.org  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.430>

**//// ID 483**

Prevalencia de tabaquismo en una muestra aleatoria poblacional

López Calviño B, Seoane Pillado M, Louro González A, Silva Vázquez N, Pérttega Díaz S, Seijo Bestilleiro R

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. A Coruña. Galicia  
Correo electrónico: salvador.pita.fernandez@sergas.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.483>

**//// ID 537**

«Pero, ¿todavía fumas? Apágalo antes de que te consuma»

Carbó Queraltó A, García Muñoz M, Sierra Matheu C, Nanu T

ABS Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat (Barcelona). Cataluña  
Correo electrónico: amonigarci@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.537>

**//// ID 575**

Perfil de los pacientes de una consulta de deshabituación tabáquica en Atención Primaria  
Pérez Cano M, Paredes García M, Guerrero Sánchez M, Ponde de León Roca M, Bosquet Celades E

EAP Martí i Julià. Cornellà de Llobregat (Barcelona). Cataluña  
Correo electrónico: meritxellpg@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.575>

**//// ID 583**

¿Les resulta más fácil abandonar el tabaco a quienes fuman menos?

Santsalvador Font I, Valle Cruells E, Delgado Carrión M, Martínez Escur N, Fontcuberta Muñariz I, Giménez Gómez N

CAP Vallldoreix. Sant Cugat del Vallès (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: isabel.santsalvador@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.583>

**//// ID 586**

Análisis comparativo de costes sanitarios en fumadores y no fumadores de una zona de salud. Estudio piloto

Sartolo Romeo M, Villaverde Royo M, Murillo Díaz de Cerio I, Manero Elorza H, Sáenz Lafuente L, Suárez Bonel M

CS Delicias Sur. Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: laurasaenzgz@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.586>

**//// ID 206**

Terapia grupal frente a terapia individual en deshabituación tabáquica: prueba piloto

Santsalvador Font I, Martínez Escur N, Valle Cruells E, Fontcuberta Muñariz I, Vázquez M, Giménez Gómez N

CAP Vallldoreix. Sant Cugat del Vallès (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: isabel.santsalvador@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.206>

**//// ID 219**

Programa de deshabituación tabáquica en Atención Primaria

Feliu Sagalá M, Orenga Damigo I, Navarro Vicente M, López Cañas B

CS Paterna-Campamento. Paterna (Valencia). Comunidad Valenciana

Correo electrónico: maefeliu@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.219>

**SESIÓN PÓSTER 2**

Jueves, 9 de junio / 12.00-14.00 h

Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 9

**Digestivo****//// ID 601**

Adecuación de la prescripción de inhibidores de la bomba de protones en un centro de salud

Guerrero Bernat S, Mendieta M, Orlandis Vázquez I, Vicens Caldentey C, Estrades Llinás T, Ramón Bauzá A

CS Son Serra-La Vileta. Palma de Mallorca (Mallorca). Illes Balears

Correo electrónico: saraguerber@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.601>

**Enfermedades infecciosas****//// ID 22**

El papel de los médicos de Atención Primaria en la atención a pacientes con el VHC

Romero Vallecillo M, March Cerdá J, Danet Danet A, Venegas J

Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. Andalucía

Correo electrónico: manolorv@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.22>

**//// ID 136**

Manejo en Atención Primaria de niños y jóvenes que acuden por contacto tuberculoso

López Lanza J, Pérez Martín A, López Videras R, Sánchez Cano F, Ovejero Gómez V, Villa Puente M

CS Alisal; CS Los Valles; CS Dávila; CS Dobra; Hospital Sierrallana. Santander. Cantabria

Correo electrónico: jrlopezlanza@terra.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.136>

**//// ID 215**

Prueba de anticuerpos rápida para el diagnóstico de infección por VIH. ¿Es válida y aceptada por los pacientes en Atención Primaria de Salud?

Lara López-Doriga P, Bascuas Tolosana L, Moragas Moreno A, Alfaro Ormaolea A, Hernández Anadón S, Llor Vilà C

CAP Jaume I. Tarragona. Cataluña

Correo electrónico: aitoralfaro@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.215>

**//// ID 289**

Incidencia de herpes zoster en población diabética y comparación con población general previa a la vacunación sistemática de varicela

Aldaz Herce P, Dronda Prados M, Oscáriz Ojer M, Garcés Ducar M, Castilla Catalán J, Sagredo Garde M

CS de San Juan; Instituto de Salud Pública de Navarra. Pamplona (Navarra). Navarra

Correo electrónico: paldazhe@cfnavarra.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.289>

**EPOC y enfermedades respiratorias****//// ID 177**

Tratamiento del EPOC estable en Atención Primaria, ¿nos ajustamos a las guías?

Bartolomé Resano R, Pascual Pascual P, Bartolomé Resano F, Ríos Cabrera M, Saucedo Medina M, Palacio Cuenca P

CS Rochapea; CS Villaba. Pamplona (Navarra). Navarra

Correo electrónico: rbartolomer@telefonica.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.177>

**//// ID 370**

Grado de calidad de la espirometría en Atención Primaria

Pou M, Llauger M, Valverde P, Solanes I, Solà J, Giner J

EAP Encants; ABS Gaudí; Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: marianpou@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.370>

**//// ID 385**

Espirometría de calidad en Atención Primaria de Salud: errores a mejorar

Argemí Saburit N, Losada Barrero J, Herraiz Grande A, Soria Castro A, Castillo Villegas D, Giner Donaire J

EAP La Sagrera; Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: alberto\_soria@terra.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.385>

**//// ID 411**

Tratamiento de las exacerbaciones del EPOC en Atención Primaria

Bartolomé Resano R, Pascual Pascual P, Bartolomé Resano F, Ríos Cabrera M, Saucedo Medina M, Palacio Cuenca P

CS Rochapea; CS Villaba. Pamplona (Navarra). Navarra  
Correo electrónico: rbartolomer@telefonica.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.411>

**//// ID 487**

Evaluación longitudinal de la calidad de la atención prestada a pacientes con EPOC. Seguimiento de una cohorte

Acero Guasch N, Ramírez Aliaga M, Pérez Vidal L, Ruiz Álvarez C, Leiva Fernández F, Muñoz Cobos F

CS El Palo. Málaga. Andalucía

Correo electrónico: nieves\_acero@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.487>

**//// ID 523**

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: ¿es una enfermedad sistémica?

Iglesias Martínez M, Bonet Simó J, Solé Sancho F, Teixidó Colet M, Yuste Marco M, Moreno Cotes S

CAP de Badia del Vallès. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: milaiglesias@camfic.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.523>

**//// ID 529**

Estudio de validación de la versión traducida y culturalmente adaptada del *Chronic Obstructive Pulmonary Disease-Population Screener* (COPD-PS)

Calvo Corbella E, Llor Vila C, González-Rojas Guix N, Díaz Cerezo S, Díaz Cuervo H, Miravittles Fernández M

CS Pozuelo I; CS Jaume I; Boehringer Ingelheim España S.A.; Pfizer S.A.; BAP Health Outcomes S.L.; Fundació Clínic IDIAPS. Pozuelo de Alarcón (Madrid); Tarragona; Barcelona. Comunidad de Madrid, Cataluña

Correo electrónico: helena@baphealth.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.529>

**//// ID 599**

Gravedad de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y su relación con el esfuerzo físico

Bayona Huguet X, González Gil L, Molina de Heras M, Granollers Mercadé S, Llagostera Español M, Valero García C

SAP de L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: xbayona.cp.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.599>

**//// ID 767**

Calidad de la asistencia sanitaria recibida por los pacientes asmáticos atendidos por crisis de asma en un centro de referencia en urgencias de Atención Primaria

Bellido Casado J, Jarca C, Del Val J, Martínez Almagro G, Carreras J, Zamora L

Centro de Urgencias de Atención Primaria Manso; Unitat de Suport a la Recerca de l'Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona Ciutat. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: carmenyoana@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.767>

## Neurología / Cerebrovascular

**//// ID 197**

Estudio Ebrictus. Resultados funcionales, supervivencia y años potenciales de vida perdidos después del primer episodio de ictus

Clua Espuny J, Panisello Tafalla A, Lucas Noll J, Piñol Moreso J, Ripolles Vicente M, Calduch Noll C

EAP Tortosa 1-Est; CAP Temple. Tortosa (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: jorginalucas@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.197>

**SESIÓN PÓSTER 3**

Jueves, 9 de junio / 15.30-17.30 h

Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 9

## Atención al anciano

**//// ID 88**

Grado de cumplimiento del consejo sobre ejercicio físico en la población mayor de 60 años

Vila Córcoles Á, Ochoa Gondar O, Beneitez J, Rodríguez M, Vila Rovira A, Vila Rovira Á

SAP Tarragona-Valls. Tarragona. Cataluña

Correo electrónico: oochoa.tarte.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.88>

**//// ID 283**

Prevalencia de trastornos emocionales en una población anciana

Monteserín Nadal R, Reyes Reyes C, Altimir Losada S, Casasa Plana A, Bottaro Parra D, Da Pena Álvarez J

EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: rmonteserin@eapsardenya.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.283>

**//// ID 286**

Dependencia funcional en ancianos: análisis de sus determinantes

Monteserín Nadal R, Reyes Reyes C, Vila García J, Sellarès Sallas J, Ichazo Tobella B, Casasa Plana A

EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: rmonteserin@eapsardenya.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.286>

**//// ID 297**

Interacciones medicamentosas en pacientes polimedicados mayores de 75 años

Roy Martínez-Useros J, Sánchez Abril J, Barba Pérez M

CS de Caravaca. Caravaca de la Cruz (Murcia). Región de Murcia

Correo electrónico: jrnu2001@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.297>

**//// ID 442**

Perfil de los pacientes ancianos polimedicados en Atención Primaria y análisis de sus interacciones farmacológicas

Cordovilla Moreno A, Ariza Copado C, Morales López R, Checa Soriano A,

Henríquez Adames P, Acosta Martínez L

CS Isaac Peral; CS Cartagena Oeste. Cartagena (Murcia). Región de Murcia

Correo electrónico: cheloariza@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.442>

**//// ID 536**

Depresión en octogenarios: ¿cómo afecta a su calidad de vida?

Sarró Maluquer M, Rando Matos Y, Rojas Farreras S, Sanfeliu Soto N, Solsona Díaz L, y Grupo Octabaix  
ABS Florida Norte; USR IDIAP Jordi Gol. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: 24905msm@comb.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.536>

**//// ID 593**

Pacientes con enfermedad de Alzheimer en tratamiento farmacológico. Prescribir y conocer  
Aumala Aguilera A, Bottaro Parra D, Rayó Martín E, Casasa Plana A, Reyes Reyes C, Da Pena Álvarez J  
EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: acasasa@eapsardenya.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.593>

**//// ID 692**

Paciente ingresado en residencia geriátrica. ¿Es beneficioso realizar tratamiento anticoagulante?

Cuixart Costa L, Verdu Arnal M, García Solana A, Bragulat Martín A, Galindo Montaner E, Parra Areste E  
EAP Eixample Dreta. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: llcuixart@eapdretaeixample.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.692>

**//// ID 218**

Uso de la telemedicina para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con demencia.

Papel de enfermería en Atención Primaria  
Mestres Massa M, Olabarrieta Zaro E, Pages Cadena N, Puigdevall Tarres L

ABS de Salt. Girona. Cataluña

Correo electrónico: monicamestresm@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.218>

**//// ID 252**

Validación de un cuestionario para la detección de la ansiedad generalizada en personas mayores  
Molina Linde J, Carlos Gil A, Lacalle Remigio J, Beltrán Calvo C, Flores Moreno S

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; Universidad de Sevilla. Sevilla. Andalucía

Correo electrónico: anam.carlos.ext@juntadeandalucia.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.252>

**//// ID 738**

Detección de pacientes de riesgo: un protocolo conjunto desde Atención Primaria de Salud y servicios sociales

Serrat Asensio L, Florensa Rex G, López Poyato M, González Martínez S, De Andrés Beuter B, Sitjar Martínez de Sas S

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: serrat@clinic.ub.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.738>

## Atención al cuidador

**//// ID 244**

¿Quién cuida de nuestros ancianos?

Závala Díaz S, León Arévalo I, Pardo Álvarez J, Rodríguez Pérez H, Soler Sánchez M, García Quintana J

CS El Torrejón. Huelva. Andalucía

Correo electrónico: imleon@gmx.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.244>

**//// ID 422**

Taller de soporte al cuidador: cuidando al cuidador

González Lluís M, Blancas Loras M, Sánchez Avante R, Sarlat Ribas M

ABS Plana Lledó; CAP Consell de Cent. Mollet del Vallès, Barcelona.

Cataluña

Correo electrónico: sarlatribas@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.422>

**SESIÓN PÓSTER 4**

Jueves, 9 de junio / 17.30-19.30 h

Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 9

## Atención al adolescente

**//// ID 519**

Consumo de psicofármacos en menores de 18 años en un centro de salud

Hernández Aznar M, Sabaté Arnau L, Torres Justribó M, Montull Navarro L, Sagrera Mis J, Galván Santiago L

ABS Eixample. Lleida. Cataluña

Correo electrónico: maheraz82@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.519>

**//// ID 287**

Pírsines y tatuajes en estudiantes de secundaria obligatoria

Canyelles Ballús J, Martínez Sánchez L, Vilarrasa Parcerisa P, Peregrín Casarejos E

ABS Vall del Tenes; Programa de Prevención de Drogas de la Mancomunitat de La Vall del Tenes. Lliçà d'Amunt (Barcelona).

Cataluña

Correo electrónico: josepcanyelles@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.287>

## Atención a la mujer / Embarazo

**//// ID 146**

Estudio de la función sexual femenina en mujeres con anticonceptivos hormonales

Ruiz Ruiz F, Cano Vázquez E, Cano Bernal E, Mateos Esteban A, Leal Salido R, García Ortiz J

CS San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz). Andalucía

Correo electrónico: javierrrz@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.146>

## Salud mental / Burnout

**//// ID 238**

Evaluación de la utilidad de los talleres de habilidades sociales Atención Primaria

García Paine J, González-Granda García T, Muñoz Cobos F, Burgos Varo M, Santa Cruz Talledo J, Canalejo Echeverría A

CS El Palo; Análisis Clínicos del Hospital Carlos Haya. Málaga. Andalucía

Correo electrónico: [juanpablogarciapaine@yahoo.es](mailto:juanpablogarciapaine@yahoo.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.238>

**//// ID 473**

Adherencia terapéutica en pacientes con depresión tratados en Atención Primaria

Mir Darder T, Guerrero Bernat S, Monzón Peña S, Mateu Sabater C, Vicens Caldentey C, Gili Planas M

CS Son Serra-La Vileta. Palma de Mallorca (Mallorca).

Illes Balears

Correo electrónico: [cmateus@telefonica.net](mailto:cmateus@telefonica.net)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.473>

**//// ID 534**

El insomnio en Atención Primaria: ¿se aborda correctamente?

Caballero Humet I, González Zambrano M, Navalpotro Teixidó M, Lluch Suriol E, García Serrano M, Ribera Guixà M

CS Santa Margarida de Montbui, ICS; UD de MFyC de Catalunya Central. Santa Margarida de Montbui (Barcelona).

Cataluña

Correo electrónico: [isabol@humet.jazztel.es](mailto:isabol@humet.jazztel.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.534>

**//// ID 629**

«Doctora, tengo ansiedad.» Peculiaridades culturales en la atención de la salud mental de inmigrantes en nuestra zona

Aguilera Pérez N, Garcia-Villarrubia Muñoz M, Gil Gómez M, Jiménez García D, Doblado López O

Hospital Lleuger. Cambrils (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: [pgil@grupsagessa.com](mailto:pgil@grupsagessa.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.629>

## Urgencias

**//// ID 109**

Identificación de problemas y propuestas de solución en la atención a las urgencias extrahospitalarias a través del método Delphi

Pérez Ciordia I, Brugos Larumbe A, Fernández Martínez de Alegría C

CS de Tafalla; CS de Villava; Universidad Pública de Navarra;

CS Echavacoiz. Pamplona (Navarra). Navarra

Correo electrónico: [ignacio\\_perez\\_ciordia@hotmail.com](mailto:ignacio_perez_ciordia@hotmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.109>

**SESIÓN PÓSTER 5**

Viernes, 10 de junio / 09.30-11.30 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 9

## Docencia

**//// ID 686**

Comunicación centrada en paciente. Importancia para el especialista interno residente y observancia en entorno formativo-laboral

García Tirado M, Rivas del Valle P, Barahona del Moral M, Cortés Valverde A, Girón Prieto M, García López P

UD de MFyC de Granada. Granada. Andalucía

Correo electrónico: [pedroa.rivas.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:pedroa.rivas.sspa@juntadeandalucia.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.686>

**//// ID 689**

Competencia en comunicación. Prioridad y potencial de cambio del especialista interno residente

García López P, García Tirado M, Cortés Valverde A, Rivas del Valle P, Barahona del Moral M, Girón Prieto M

UD de MFyC de Granada. Granada. Andalucía

Correo electrónico: [pedroa.rivas.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:pedroa.rivas.sspa@juntadeandalucia.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.689>

**//// ID 431**

Implantación de cardiología en Atención Primaria: un modelo que funciona

Vehí Gasol C, Sarlat Ribas M, Pallarés Jiménez F, Ubieto Lope A, Moreno Gutiérrez S, Cortés Barrera E

Hospital Clínic; CAP Consell de Cent. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: [sarlatribas@yahoo.es](mailto:sarlatribas@yahoo.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.431>

## Gestión, atención y calidad asistencial

**//// ID 43**

Estudio descriptivo de la facturación a terceros en un centro de salud urbano

González Alonso V, Sarlat Ribas M, Giménez Sánchez A, Jordana Armada C, Fuentes Rianza M, Gaspar Lasanta A

CAP Consell de Cent. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: [sarlatribas@yahoo.es](mailto:sarlatribas@yahoo.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.43>

**//// ID 141**

Unidad funcional de cribado de diabetes ocular: motivos de derivación desde la Atención Primaria de Salud a la atención especializada

Sender Palacios M, Vernet Vernet M, Asaad M, Sánchez Belmonte E, Sans Reig M, Olivé Ribalda M

Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: [mjsender@cst.cat](mailto:mjsender@cst.cat)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.141>

**//// ID 342**

Eficacia de una visita de acogida a los nuevos usuarios inmigrantes del centro de Atención Primaria

Ausió Rusiñol I, Casanovas Font J, Lamzabi Bou A, Farres Febrer X, Fuentes Guardia M, Aguilà Pujols P

CAP El Remei; ABS Vic Sud. Vic (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: [immausio@yahoo.com](mailto:immausio@yahoo.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.342>

**//// ID 453**

¿Quién atiende a nuestros pacientes al final de la vida?

Garola Recasens D, Ochoa Gondar O, Valldosera Santo J, Herreros Martínez M, Lara Ibáñez R, Vilalta Escoda R

*ABS Sant Pere i Sant Pau. Tarragona. Cataluña*

Correo electrónico: [oochoa.tarte.ics@gencat.cat](mailto:oochoa.tarte.ics@gencat.cat)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.453>

**//// ID 691**

Evaluación de los conocimientos sobre la conducción en pacientes cardiopatas

Romero Gómez A, Cano Nieto J, Ortiz Núñez M, Delgado Prieto J

*CS de Nerja; Hospital Regional Universitario Carlos Haya.*

*Málaga. Andalucía*

Correo electrónico: [gorkita23@hotmail.com](mailto:gorkita23@hotmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.691>

**//// ID 695**

Evaluación de objetivos operativos en una Dirección Asistencial de Atención Primaria

Rodríguez García L, Zuzuarregui Gironés M, López Marcos C, Sánchez Niño V, Plaza Nohales C, Ruiz Martín S

*Dirección Asistencial Noroeste. Majadahonda (Madrid).*

*Comunidad de Madrid*

Correo electrónico: [lrodriguez.gapm11@salud.madrid.org](mailto:lrodriguez.gapm11@salud.madrid.org)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.695>

## Medicamentos / Medicina alternativa

**//// ID 326**

Perfil de los pacientes polimedcados de un distrito sanitario

Ortega Blanco J, Atienza Martín F, López Aguilar F, Rioja Ulgar F, Baz Montero S, González Fernández R

*UGC Molino de La Vega; UGC Adoratrices, Distrito Sanitario*

*Huelva-Costa. Huelva. Andalucía*

Correo electrónico: [fatiensam@hotmail.com](mailto:fatiensam@hotmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.326>

## Seguridad del paciente

**//// ID 142**

Características de la vivienda como factor de riesgo para la seguridad de la población anciana

León Arévalo I, Zabala Díaz S, Pardo Álvarez J, García Quintana J, Arana Álvarez R,

Domínguez Bonet L

*UGC El Torrejón. Huelva. Andalucía*

Correo electrónico: [jparedes10@teletel.es](mailto:jparedes10@teletel.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.142>

**//// ID 489**

Higiene de manos del personal sanitario en un centro de salud. Conocimientos, uso y disponibilidad de material

Rodríguez Caravaca G, Villar del Campo M, Lázaro Martín E, Villar del Campo P

*CS Los Cármenes. Madrid. Comunidad de Madrid*

Correo electrónico: [grodriguez@fhacorcon.es](mailto:grodriguez@fhacorcon.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.489>

## Vacunas

**//// ID 89**

¿Hacemos caso de las indicaciones de revacunación con la vacuna antineumocócica?

Vila Córcoles Á, Ochoa Gondar O, Badia W, Ansa X, Saun N, y Grupo de estudio Epivac

*SAP Tarragona-Valls. Tarragona. Cataluña*

Correo electrónico: [oochoa.tarte.ics@gencat.cat](mailto:oochoa.tarte.ics@gencat.cat)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.89>

**//// ID 347**

Intervención para aumentar las coberturas vacunales antigripales en profesionales sanitarios asistenciales

Morató Agustí M, Estany Almirall P,

Gámiz Gala A, Moreno Millán N,

De Frutos Echániz E, Mas Casals A

*Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària; Associació*

*d'Infermeria Familiar i Comunitària Catalana. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: [mlma@camfic.org](mailto:mlma@camfic.org)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.347>

### SESIÓN PÓSTER 6

Viernes, 10 de junio / 12.00-14.00 h

Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 9

## Enfermedad cardiovascular / Factores de riesgo cardiovascular

**//// ID 200**

Estilos de vida de los médicos de Atención Primaria y su influencia sobre las actividades preventivas en la práctica clínica

Fleitas Martino G, Fonseca Alfonso M, Méndez Guillaumet J, Benejam Gual M, Tamborero Cao G, Leiva Rus A

*CS del Coll d'en Rabassa; Gerenica de AP Mallorca. Palma de Mallorca (Mallorca). Illes Balears*

Correo electrónico: [gafleitas@ibsalut.caib.es](mailto:gafleitas@ibsalut.caib.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.200>

**//// ID 221**

Utilidad del NTPROBNP en el diagnóstico de insuficiencia cardíaca en Atención Primaria

Verdú J, Comin J, Lupon J, Casacuberta J, Mena A, Domingo M

*Hospital del Mar. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: [verdujm@gmail.com](mailto:verdujm@gmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.221>

**//// ID 222**

Valor de los criterios de Framingham y electrocardiograma para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca

Domingo M, Casacuberta J, Fuentes S, Mena A, González Robledo G, Verdú J

*Atención Primaria de Barcelona, Institut Català de la Salut. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: [verdujm@gmail.com](mailto:verdujm@gmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.222>



**//// ID 504**

Distribución de factores de riesgo cardiovascular en pacientes sin arteriopatía periférica, con arteriopatía periférica y con calcificación arterial periférica.

Estudio poblacional ARTPER

Vila M, Alzamora M, Moreno R, Rovira A, García C, Luque J

*Riu Nord Riu Sud, Barri Llatí, Singuerlin, Morera Pomar.*

*Santa Coloma de Gramenet, Badalona. Cataluña*

Correo electrónico: [mvilasoler@gmail.com](mailto:mvilasoler@gmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.504>

**//// ID 507**

¿Es mayor el riesgo cardiovascular en pacientes con calcificación arterial en extremidades inferiores que en pacientes sanos?

Vila M, Forés R, Medrano R, Pol M, Albertí N, Tristany M

*ABS Riu Nord-Rio Sud; CAP La Salut; CAP de Pineda de Mar; CAP de*

*Tordera; CAP de Arenys de Mar. Santa Coloma de Gramenet, Badalona,*

*Pineda de Mar, Tordera, Arenys de Mar (Barcelona). Cataluña*

Correo electrónico: [mvilasoler@gmail.com](mailto:mvilasoler@gmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.507>

**//// ID 555**

Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes de alto riesgo cardiovascular en situación de prevención primaria: resultados del estudio PREDIMED-Sevilla

Corchado Albalat Y, Mellado Martín L, Román Torres P, García de la Corte F, Ortega Calvo M, Lapetra Peralta J

*Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla; CIBER de*

*Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN); Instituto de*

*Salud Carlos III; Fundación Progreso y Salud; Consejería de Salud de la*

*Junta de Andalucía. Sevilla. Andalucía*

Correo electrónico: [ortegacalvo@terra.es](mailto:ortegacalvo@terra.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.555>

## Osteoporosis / Aparato locomotor

**//// ID 267**

Prevalencia de patología podológica y su relación con variables antropométricas y demográficas

González Martín C, Pita Fernández S, Seoane Pillado T, Silva Vázquez N, Martínez Rodríguez A,

López Calviño B

*Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Complejo Hospitalario*

*Universitario de A Coruña. A Coruña. Galicia*

Correo electrónico: [salvador.pita.fernandez@sergas.es](mailto:salvador.pita.fernandez@sergas.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.267>

**//// ID 284**

Fibromialgia, ¿sobrecarga asistencial para quién?

González Saavedra I, López Pareja N,

Pou Giménez M, Boada Valmaseda A, Isern Alibés R,

Casanovas Fuster C

*CS Maragall. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: [27467mgs@comb.es](mailto:27467mgs@comb.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.284>

**//// ID 288**

¿A quién ayudamos con las infiltraciones que hacemos en el CAP?

Bernades Carulla C, Arcas Ferré M, Vilalta García S, González Azuara S, Silvestre Puerto V, García Tristante D

*CAP Can Bou. Castelldefels (Barcelona). Cataluña*

Correo electrónico: [cbernades@casap.cat](mailto:cbernades@casap.cat)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.288>

**//// ID 293**

Factores de riesgo y el riesgo de nuevas fracturas calculado con el índice FRAX en una cohorte de pacientes con fractura por fragilidad

Estrada Laza M, Conesa García A, Orozco García P, Soria Castro A, Guarner Aguilar A, Arias Moliz I

*CAP Casc Antic; CAP Sant Martí de Provençals; CAP Gòtic;*

*CAP Sagrera; CAP La Pau; CAP El Clot. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: [pestrada.bcn.ics@gencat.cat](mailto:pestrada.bcn.ics@gencat.cat)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.293>

**//// ID 353**

Le preguntamos a las pacientes con fibromialgia

Cantero Gómez F, Dalmases Cantero L, Novillas Gardeta R

*ABS Igualada Urbà. Igualada (Barcelona). Cataluña*

Correo electrónico: [fxcantero.cc.ics@gencat.cat](mailto:fxcantero.cc.ics@gencat.cat)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.353>

**//// ID 382**

Características clínicas de los pacientes con fractura osteoporótica establecida en Atención Primaria

Soria Castro A, Reyes Reyes C, Barroso García A, De la Fuente Gelabert S, Pedro Pijoan A, Mendizábal Condón I

*EAP La Sagrera; EAP Sardenya; EAP Sant Martí de Provençals;*

*EAP La Pau; EAP El Clot. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: [alberto\\_soria@terra.es](mailto:alberto_soria@terra.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.382>

**//// ID 381**

Valoración de una consultoría de reumatología con infiltración tutorizada

Pou M, Gayarre R, González Saavedra I, Díaz Torne C

*SAP Dreta Barcelona; CAP Maragall; ICS. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: [marianpou@gmail.com](mailto:marianpou@gmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.381>

## COMUNICACIONES SIN DEFENSA

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

## //// ID 38

Mapa emocional en las unidades de gestión clínica de Atención Primaria y hospitales en un servicio de salud de una comunidad autónoma  
**March Cerdá J, Danet Danet A, García Romera I**  
*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.2011.Abst.38>

## //// ID 42

Efectividad de la musicoterapia (OPERA) frente a psicoterapia breve y frente a práctica habitual para la mejora de la sintomatología en pacientes con depresión: ensayo clínico aleatorizado pragmático (EFOSIDE)  
**Azpeitia Serón M, Pascual Romero M, Vinagre Morgado J, Rodríguez Curras M, López Picado A, Apiñaniz Fernández de Larrinoa A**  
*UAP Valles I; UAP Lakuabizkarra; UAP Aranbizkarra II; UAP Olarizu. Álava. País Vasco*  
 Correo electrónico: [azpeitia@jet.es](mailto:azpeitia@jet.es)  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.42>

## //// ID 56

Ensayo clínico controlado sobre la eficacia del ácido oleanólico en la prevención de la diabetes mellitus tipo 2 en prediabéticos  
**Román Torres P, Santos Lozano J, Lapetra Peralta J, Jiménez Rodríguez M, Gabaldón Rodríguez I, Castellano Orozco J**  
*Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla; CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN); Instituto de Salud Carlos III; Fundación Progreso y Salud; Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla. Andalucía*  
 Correo electrónico: [piromtor@hotmail.com](mailto:piromtor@hotmail.com)  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.56>

## //// ID 90

Validación del dispositivo portátil COPD-6 para la detección de patologías obstructivas de la vía aérea en Atención Primaria  
**Formoso López I, López González L, Regueiro Martínez A, Gomara Villabona S, Martínez Trelles M, Oubiña Tourís J**  
*CS de Vilanova de Arousa. Pontevedra. Galicia*  
 Correo electrónico: [iria\\_louro@yahoo.es](mailto:iria_louro@yahoo.es)  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.90>

## //// ID 168

Adecuación del tratamiento preventivo de ictus según riesgo cardiovascular en pacientes mayores de 50 años adscritos a un centro de salud  
**Martínez Buendía C, Hernández Pérez de la Blanca M**  
*CS La Zubia. Granada. Andalucía*  
 Correo electrónico: [cmbuendia@hotmail.com](mailto:cmbuendia@hotmail.com)  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.168>

## //// ID 202

Superioridad de la MAPA de 24 horas frente a la de 48 horas en el contexto de la clínica diaria en un centro de salud  
**López González L, Formoso López I, Regueiro Martínez A, Lois López V, Oubiña Tourís J, Martínez Trelles M**  
*CS de Vilanova de Arousa; CS de Villagarcía de Arousa. Pontevedra. Galicia*  
 Correo electrónico: [lauralopezgonzalez@gmail.com](mailto:lauralopezgonzalez@gmail.com)  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.202>

## //// ID 227

Diseño y pilotaje de un modelo de integración asistencial para el paciente pluripatológico en el ámbito de una comarca sanitaria  
**Jauregui García M, Merino Hernandez M, Mar Medina J, Baylin Zaldua E, Basterretxea Peña J, Idareta Mendiola I**  
*Comarca Gipuzcoa Mendebalde, Osakidetza. Tolosa (Guipúzcoa). País Vasco*  
 Correo electrónico: [maryluz.jaureguigarcia@osakidetza.net](mailto:maryluz.jaureguigarcia@osakidetza.net)  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.227>

## //// ID 231

Estudio de prevalencia de hipotiroidismo a partir de la prescripción de hormonas tiroideas  
**Torres Duque M, Salcedo Castro E, Valverde Morillas C, García Castillo L, Warletta Tirado I, Arjona A**  
*CS de La Zubia; UD de MFyC de Granada, Distrito Metropolitano. La Zubia (Granada). Andalucía*  
 Correo electrónico: [carmenvalverde9@yahoo.es](mailto:carmenvalverde9@yahoo.es)  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.231>

## //// ID 240

Intervención para mejorar el conocimiento y el control en pacientes con terapia anticoagulante  
**León Arévalo I, Pardo Álvarez J, Zavala Díaz S, Pedregal González M, Navarro Navarro C, Andamoyo Estévez I**  
*CS El Torrejón. Huelva. Andalucía*  
 Correo electrónico: [imleon@gmx.net](mailto:imleon@gmx.net)  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.240>

## //// ID 243

Estudio CECC-AP: ¿conocen el código europeo contra el cáncer y aplican sus recomendaciones los pacientes de Atención Primaria?  
**Parras Rejano J, Vilarrubí Estrella M, Mascort Roca J, Iglesias Rodal M, Vela Vallespín C, Nuín Villanueva M**  
*Grupo de Mejora y Grupo de Prevención del Cáncer del PAPPs-semFYC; UD de MFyC de Córdoba. Córdoba. Andalucía*  
 Correo electrónico: [luisangel.perula@gmail.com](mailto:luisangel.perula@gmail.com)  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.243>

## //// ID 271

Calidad de vida y calidad percibida del cuidado recibido en pacientes con cáncer de colon y recto  
**Pita Fernández S, Pértega Díaz S, López Calviño B, Seoane Pillado T, Varela Tobío C, García Cajide Y**  
*Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña. Galicia*  
 Correo electrónico: [salvador.pita.fernandez@sergas.es](mailto:salvador.pita.fernandez@sergas.es)  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.271>

**//// ID 301**

Factores relacionados con la capacidad de tomar decisiones en ancianos frágiles  
Garrido Lozano M, Atienza Martín F, Losada Ruiz C, Jiménez Rosales P, González Gutiérrez C, Romero González J

*UGC Adoratrices, Distrito Sanitario Huelva-Costa. Huelva. Andalucía*  
Correo electrónico: fatienzam@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.301>

**//// ID 324**

Osteoporosis: ¿tratamos adecuadamente a nuestros pacientes? ¿Es efectiva la educación sanitaria grupal a médicos y pacientes para modificar tratamientos no adecuadamente prescritos?

Salido Morales I, González Blanco V, Barcones Gómez C, Aguado Taberné C, Ruiz Moruno F, Fernández Fernández M

*CS Santa Rosa; CS Fuensanta. Córdoba. Andalucía*  
Correo electrónico: isa1111984@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.324>

**//// ID 337**

Percepción de la información recibida por los pacientes en un centro de urgencias de Atención Primaria  
Peña Mateo M, Millet Vilanova J, Sánchez Freire E, Sánchez Jorge S, Sánchez Laplaza A, Urrutia Casellas O

*Centro de Urgencias de Atención Primaria de Manresa. Manresa (Barcelona). Cataluña*  
Correo electrónico: mariajopeny@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.337>

**//// ID 354**

Utilización de la Escala GERDQ en la consulta de Atención Primaria

Brito Druillard L, Valerio de León J, Ventura Peralta L, Cerrillo García I, García Giralda Ruíz L, Anton Botella J

*CS Murcia-Centro. Murcia. Región de Murcia*  
Correo electrónico: irecerrillo@gmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.354>

**//// ID 362**

Uso de las terapias complementarias en los pacientes con cáncer

Moreno Martos H, Toro de Federico A, Langa Valdivieso J, López González F, Tijeras Úbeda M, García Román M

*UD de MFyC de Almería; UGC El Puche; ZBS Almería Periferia. Almería. Andalucía*  
Correo electrónico: partalooa@eresmas.net  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.362>

**//// ID 365**

Percepciones de los médicos de familia sobre el uso de las terapias complementarias de los pacientes con cáncer

Moreno Martos H, Toro de Federico A, Langa Valdivieso J, López González F, Tijeras Úbeda M, Matamala García M

*UD de MFyC de Almería; UGC El Puche; ZBS Almería Periferia. Almería. Andalucía*  
Correo electrónico: partalooa@eresmas.net  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.365>

**//// ID 366**

Se ha producido un descenso del número de interrupciones voluntarias de embarazo demandados en un área de salud de Atención Primaria del Distrito Sanitario Málaga desde la libre dispensación de la píldora de anticoncepción de emergencia en farmacias  
Toro García M, Hurtado Siles E, Borraz Espejo B, Hernández Ollero M, Miñana García M, Rodríguez Moreno S

*CS Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga. Andalucía*  
Correo electrónico: whiteflower-84@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.366>

**//// ID 391**

Validación de un cuestionario de actividad física para la consulta

Sarmiento Cruz M, Molina Ferragut L, Elosúa Llanos R, Ruiz Bustillo S, Gómez Pérez M, Ramírez Manent J

*CS Santa Ponça. Calvià (Mallorca). Illes Balears*  
Correo electrónico: msarmiento1979@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.391>

**//// ID 440**

Niveles de vitamina D en niños y su relación con la dermatitis atópica

Sanmartín Berraquero R, Alijarde Lorente R, Gilaberte Calzada Y, Pardos Martínez L, Puzo Foncillas J, Ubalde Sanz E

*CS Perpetuo Socorro. Huesca. Aragón*  
Correo electrónico: rosalia.sanmartin@gmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.440>

**//// ID 466**

Educación grupal para mejorar la calidad de vida de adultos con asma

De los Reyes-García Bermúdez E, Perán Urquizar C, Rodríguez Fajardo Á, Casares Gómez N, Gastón Morata J, Thomas Carazo E

*CS Zaidín Sur. Granada. Andalucía*  
Correo electrónico: emi.reyes@hotmail.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.466>

**//// ID 467**

Insomnio en Atención Primaria

Torrens Darder I, Argüelles Vázquez R, Molero Alfonso C, Esteva Cantó M, Lorente Montalvo P, Pizá Portell R

*CS Calvià. Calvià (Mallorca). Illes Balears*  
Correo electrónico: itorrens@ibsalut.caib.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.467>

**//// ID 476**

Administración oral frente a intramuscular de vitamina B12 para el tratamiento de pacientes con déficit de ésta: ensayo clínico

de no-inferioridad, pragmático, aleatorizado y multicéntrico en Atención Primaria (Proyecto OB12)  
Riesgo Fuertes R, Sanz Cuesta T, Del Cura González I, Garrido Elustondo S, Martín Fernández J, Escortell Mayor Y Grupo Ob12 E

*Gerencia de AP del Servicio Madrileño de Salud. Madrid. Comunidad de Madrid*  
Correo electrónico: rriesgo.gapm01@salud.madrid.org  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.476>

**//// ID 488**

Prevalencia de riesgo de malnutrición en mayores de 65 años

Penacho Lázaro M, Ledo García J, Oriol Colominas E, Morón Ugalde A, Satué Gracia E, Penacho Lázaro M

CAP La Granja-Torreferta. Tarragona. Cataluña

Correo electrónico: cpenacho.tarte.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.488>

**//// ID 517**

Intervención educativa nutricional dirigida a cuidadores de pacientes dependientes

Arija Val V, Martín Vergara N, Canela Armengol T, García Campo A, Pedret Llavèria R, Badía Rafeques W

Àmbit De Atenció Primària Tarragona-Reus; ICS; IDIAP Jordi Gol. Tarragona-Reus (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: victoria.arija@urv.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.517>

**//// ID 535**

Utilidad de la ecocardiografía de bolsillo realizada por un médico de familia en pacientes con hipertensión arterial valorados en Atención Primaria. Implicaciones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas

Evangelista Robleda L, Copetti Fanlo S, Pareja Mariscal A, Velasco Morgado R, Juncadella García E, Evangelista Masip A

EAP Centre. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: aidil87@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.535>

**//// ID 558**

Estudio sobre la prevalencia de exposición al tabaquismo pasivo en usuarios de Atención Primaria

Marín Izagerrri M, Coronas Mateos S, Requeno Jarabo M, Val Esco L, Córdoba García R, Villaverde Royo M

CS Delicias Sur; UD de MFyC del Sector III; Facultad de Medicina de Zaragoza. Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: nuriarequeno@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.558>

**//// ID 614**

Efectos de la formulación efervescente sobre la presión arterial

Edo Fernández N, Concha Mayayo E, Gistau Navarro M, Bonet Calafell S, Grant Erbes P, Medvedeva A

CS Arrabal; CS Actur Sur. Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: ainos106@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.614>

**//// ID 651**

Multimorbilidad crónica atendida en un área sanitaria. Perfiles de prevalencia, impacto en los servicios sanitarios y resultados en salud

Alberquilla Menéndez-Asenjo Á, Magán Tapia P, García Olmos L, González Rodríguez-Salinas C, Gil de Pareja Palmero M

Gerencia de AP del Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Comunidad de Madrid

Correo electrónico: aalberquilla.gapm11@salud.madrid.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.651>

**//// ID 657**

Utilidad del cuestionario Multicage-CAD4 como instrumento de cribado de cuatro conductas adictivas: ludopatía, adicción a internet, a los videojuegos y compras compulsiva

Rodríguez Monje M, Pedrero Pérez E,

Fernández Girón M, Serrano González D,

Rodríguez Alonso E, Del Cura González M

CS M.<sup>a</sup> Ángeles López Gómez; CS Dr. Cirajas. Leganés (Madrid).

Comunidad de Madrid

Correo electrónico: maitelias@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.657>

**//// ID 666**

Proyecto de intervención comunitaria en insuficiencia cardíaca crónica mediante pacientes expertos actuando en red. Proyecto Inscar Pratepexpert

Rodríguez Quevedo C, Navarro Arambudo B, Bella Sancho O, Pallarés Sanz E, Requesens M, Morató Alberti J

CAP Ramona Via; CAP Doctor Pujol i Capsada; CAP 17 de Setembre.

El Prat de Llobregat (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: 41204crq@comb.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.666>

**//// ID 667**

¿Podemos intervenir en la alimentación infantil desde las guarderías?

Salabarnada Torras J, Jiménez Pascua T, Roset Salla M, Ramon Cabot J, Ferrer Romà A, Pera Blanco G

ABS Mataró VI (CAP La Riera); ABS Mataró VII (CAP Ronda Prim). Mataró (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: tajipas@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.667>

**//// ID 697**

Razonamiento clínico en Atención Primaria: diabetes mellitus

Rivas del Valle P, Ramírez Robles R, Berna Guisado M, García Tirado M, Robles Casado B, García López P

UD de MFyC de Granada. Granada. Andalucía

Correo electrónico: pedroa.rivas.sspa@juntadeandalucia.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.697>

**//// ID 699**

Evaluación del cumplimiento de los criterios de Centor en la decisión terapéutica de las faringitis agudas en Atención Primaria

Falces de Andrés E, Fernández García A, Ruíz Martínez M, Gil de Gómez Barragán M, Ortega Martínez J

CS Siete Infantes de Lara. Logroño. La Rioja

Correo electrónico: efalces@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.699>

**//// ID 730**

Proyecto de evaluación experimental de la eficiencia del Modelo BETQOL de atención a crónicos en Atención Primaria

Pinilla Pallejà R, Gil Pérez D, Laserna Aparicio E, Fernández Rodríguez M

Qoolife. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: rpinilla@qoolife.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.730>

**//// ID 732**

Los médicos de Atención Primaria, ¿tenemos en cuenta la existencia de insuficiencia renal oculta en nuestros pacientes diabéticos e hipertensos?

Tudela De Gea M, Guillén Torregrosa M, Martínez Rocamora M, Reyes Reyes C, Abenza Campuzano J, Soler Torroja M

CS Profesor Jesús Marín. Molina de Segura (Murcia). Región de Murcia  
Correo electrónico: [harmonia1982@hotmail.com](mailto:harmonia1982@hotmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.732>

**//// ID 734**

Evaluación de la eficacia de una intervención basada en la disminución de las horas de sedestación en pacientes con sobrepeso u obesidad moderada (Proyecto Sedestactiv)

Martínez Ramos E, Solà Gonfaus M, Martín Borràs C, Puig Ribera A, Giné Garriga M, y el Grupo Cardiacat

CEIC IDIAP Jordi Gol i Gurina. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: [31503mmr@comb.es](mailto:31503mmr@comb.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.734>

**//// ID 747**

Fibromialgia: el sueño de una patología redefinida

Badenes Mezquita M, Fuentes Bautista B, Solà Gonfaus M, Blancas Loras A, Jou Torallas N, Esteso Hontoria O

CAP Dr. Sarró; CAP Sant Pere; CAP Jaume Soler; CAP Les Planes;

CAP Plana Lledó. Valls, Reus (Tarragona), Cornellà de Llobregat,

Sant Joan Despí, Mollet del Vallès (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: [mariabad@camfic.org](mailto:mariabad@camfic.org)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.747>

**//// ID 751**

Evaluación de la dosis única de fosfomicina-trometamol en infección urinaria no complicada en mujeres jóvenes según indicación de ficha técnica frente a la inercia médica de doble dosis

Antolinós García M, Ros Sánchez E, Zazo Menargues J

CS del Raval; CS de Altavix; CS de Santa Pola. Elche. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: [m2angeles@gmail.com](mailto:m2angeles@gmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.751>

**//// ID 756**

Dificultades en la aplicación de un protocolo regional para la detección y atención de la violencia de género en un área de salud

López Fernández M, Calvo Garzón A, Durán de Merán R, Almira Pérez M, Sánchez Prieto M, González Rodríguez T

SUAP de Molina de Segura y Archena; varios centros de salud de Lorca.

Molina de Segura, Lorca (Murcia). Región de Murcia

Correo electrónico: [tonatica@terra.es](mailto:tonatica@terra.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.756>

**//// ID 760**

Eficacia entrevista motivacional en pacientes con dislipemia

Barragán Brun N, Prados Castillejo J, Campiñez Navarro M, Bosch Fontcuberta J, Pérula de Torres L, Bóveda Fontan J

CAP Vallcarca. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: [nbarragan@perevirgili.catsalut.net](mailto:nbarragan@perevirgili.catsalut.net)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.760>

**//// ID 761**

Efectividad de intervenciones no farmacológicas (actividad física y nutrición) en pacientes diabéticos tipo 2

Fernández M, Delsors Merida-Nicolich E, Marín López J, López Santiago A, Hukelova H, Fernández López L

Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Murcia.

Región de Murcia

Correo electrónico: [alopez@semfyc.es](mailto:alopez@semfyc.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.761>

**//// ID 764**

Estudio sobre una intervención educativa en el manejo de los inhaladores en pacientes EPOC en Atención Primaria. Brisa II

Delsors Mérida-Nicolich E, López Santiago A, López Román J, Hernández Martínez M, Calle Urrea J, García Giralda L

Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Murcia.

Región de Murcia

Correo electrónico: [alopez@semfyc.es](mailto:alopez@semfyc.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.764>

**//// ID 779**

Beneficio del uso de AAS como prevención primaria de eventos cardiovasculares en pacientes con DM tipo 2

Freitas Amorós A, Macià Mora L, Pastor Balaguer A, Quintana Cereza J, Botella Rodríguez MS, Torregrosa Gracia FJ

CS Babel; UD de MFyC de Alicante. Alicante. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: [juanvquintana@gmail.com](mailto:juanvquintana@gmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.779>

**PÓSTERES SIN DEFENSA****Alcohol y drogadicción****//// ID 85**

Experiencia de atención comunitaria: colaboración de Atención Primaria en un centro de educación secundaria para la prevención de consumo de drogas

Díaz Gallego F, Fraga Fraga A, Badia Casas R, Santiveri Villuendas A, Barro Lugo S, Prado C

CAP Larrard. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: [fdiaz@caplarrard.net](mailto:fdiaz@caplarrard.net)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.85>

**Anticoagulación / Antiagregación****//// ID 316**

Prevalencia de fibrilación auricular y tratamiento anticoagulante en cohorte ambulatoria de pacientes mayores de 64 años

Vázquez Rodríguez M, Viñas Céspedes A, González Pujol N, Oliu Casals X, Balagué Portús E, Coll Riera P

ABS Valls d'en Bas i d'Hostoles; Hospital Sant Jaume d'Olot;

ABS Anglès, Institut d'Assistència Sanitària. Girona. Cataluña

Correo electrónico: [tonivinas@camfic.org](mailto:tonivinas@camfic.org)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.316>

**//// ID 319**

Factores relacionados con el grado de control del tratamiento anticoagulante oral en Atención Primaria

López Núñez A, Soláns Aisa B, López López M, Andrés Sánchez-Toledo A, Enrico M, Mendoza J  
 CS Luis Vives. Alcalá de Henares (Madrid). Comunidad de Madrid  
 Correo electrónico: panconqueixo@hotmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.319>

**//// ID 320**

ACxFA: ¿sabemos a quién descoagular?  
 Ciurana Tebé M, Serra Buxeda E, Hernández Bacardit A, Veganzones Guanyabens I, Cuadrench Solórzano M, Pujol Banús A

ABS Manresa 2. Manresa (Barcelona). Cataluña  
 Correo electrónico: eserrabu@gmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.320>

**//// ID 369**

Se aprende del experto  
 Martínez Manero A, Vázquez Martínez O, Pineda Rigau T, Vila Rodrigo R, Moya Moreno M, Cayado Cabanillas J

CAP Miami Platja. Mont-Roig del Camp (Tarragona). Cataluña  
 Correo electrónico: amartinezm.tarte.ics@gencat.cat  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.369>

**//// ID 492**

Programa Pacient Expert de l'Institut Català de Salut: una experiencia de pacientes pasivos a activos

Panisello Tafalla A, Clua Espuny J, Sanz Espuny C, Lucas Noll J, Ibáñez Ibáñez E, González Mestre A  
 CAP Temple Tortosa. Tortosa (Tarragona). Cataluña  
 Correo electrónico: ciatika@hotmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.492>

**//// ID 628**

Grado de control del tratamiento anticoagulante oral: seguimiento por Atención Primaria frente a otras especialidades

Vallejo Sánchez-Monje P, Alberquilla Menéndez-Asenjo Á, Magán Tapia P, Gil de Pareja Palmero M, Pérez Rivas J, Mora Navarro G  
 Gerencia de AP del Servicio Madrileño de Salud. Madrid. Comunidad de Madrid  
 Correo electrónico: aalberquilla.gapm11@salud.madrid.org  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.628>

**//// ID 752**

Qué ha pasado con nuestros pacientes en tratamiento crónico con clopidogrel

García Sacristán G, Riesgo Fuertes R, Mateo Ruiz C, Dougan Lobede O  
 Consultorio Rural Morata de Tajuña (EAP Perales Tajuña); UD de MFyC del Área de Servicio de Farmacia. Madrid. Comunidad de Madrid  
 Correo electrónico: sacristangema@hotmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.752>

## Atención al adolescente

**//// ID 158**

Acercamiento al conocimiento y percepción sobre toxicomanías a madres y padres de adolescentes en un barrio de clase media: ¿son modificables?

Herrera Solsona I, Díaz Gallego F, Fraga Fraga A, Moreno Escriba S, Sibera Areste F, Guarne Vidal E  
 CAP Larrard. Barcelona. Cataluña  
 Correo electrónico: fdiaz@caplarrard.net  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.158>

**//// ID 306**

Edad del pavo..., preadolescentes..., adolescentes..., formando personas

Moreno Girao M, Romera Punzano M, Martínez Martínez M  
 ABS de La Roca del Vallès. Barcelona. Cataluña  
 Correo electrónico: 24728mmg@comb.cat  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.306>

**//// ID 310**

Peso corporal y actitudes relacionadas en preadolescentes de una zona semirural

Serra Prat J, Torres Sala R, Torra Escarrer E, Flores Figueres P, Ubach Mas G, Font Ribera L  
 ABS Montserrat. Monistrol de Montserrat (Barcelona). Cataluña  
 Correo electrónico: 24739rts@comb.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.310>

**//// ID 403**

En busca del adolescente

Gajate García A, Pinilla García M, Gómez Gómez P, Repiso Gento I, Vicario Jiménez N  
 CS Arturo Eyries. Valladolid. Castilla y León  
 Correo electrónico: peluzzy@hotmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.403>

**//// ID 765**

Consumo de productos hipercalóricos y alteración del peso en escolares

Domingo Orduña M, García Gea E, Cabo Plaza I, Bosh Gregori R, Rabanaque Mallén G, Carot Selles A  
 CS Integral Alto Palancia. Segorbe (Castellón). Comunidad Valenciana  
 Correo electrónico: mdomingo@comcas.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.765>

## Atención al anciano

**//// ID 120**

Prescripción inadecuada en el anciano frágil en un centro de salud

García Gómez N, Baeza Monedero V, García Romero A, Concejo Carranza M  
 CS Ibiza. Madrid. Comunidad de Madrid  
 Correo electrónico: virgbae@gmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.120>

**//// ID 170**

Eventos cardiovasculares en ancianas, ¿influye el tratamiento con vitamina D?  
Gómez Aguinaga J, González-Baylín Monge M, Guzon Illescas O, Cardos Gómez V, Cabello Ballesteros L, Herrero Hernández S

CS Casa de Campo, Zona Noroeste de Madrid. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: jgomez.gapm06@salud.madrid.org  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.170>

**//// ID 250**

Diferencias en cuanto al género del deterioro funcional, cognitivo y mortalidad de los pacientes pluripatológicos

Bohórquez Colombo P, Rodríguez Pappalardo V, Martínez Sarmiento A, Cuberos Sánchez A, Cantero Quirós M, Ortiz Camúñez M

CS de Camas; CS Bermejales; CS Candelaria. Sevilla. Andalucía

Correo electrónico: pilarbohorquez@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.250>

**//// ID 399**

Prescripción inapropiada de fármacos en pacientes mayores: detección a través de la herramienta STOPP/START

Hernández Perella J, Mas Garriga X, Riera Cervera M, Gardini Campomanes K, Salas Butrón M, Arce Cedillo K

EAP Santa Eulàlia Sud. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: 22716xmg@comb.cat  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.399>

**//// ID 549**

Clasificación de las intervenciones de enfermería en un programa de atención domiciliaria  
Juan Andrés C, Benachi Sandoval N, García Planas N, Suárez E, López Poyato M

Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: nbenachi@clinic.ub.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.549>

**//// ID 611**

¿Y la función renal...?

Granados Menéndez M, Arribas Sánchez B, Sánchez García B, Parodi López N, Alba Muñoz L, Gil Mosquera M

CS Monóvar. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: igranados.gapm04@salud.madrid.org  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.611>

**//// ID 627**

Control del riesgo cardiovascular en pacientes con demencia y sin demencia en Atención Primaria

Alarcón Belmonte I, Vitoria Codina A, Vega Vidal L, Redondo Alonso J, Riera del Brió M, G

CAP Poblenou. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: iris.alarcon@yahoo.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.627>

**//// ID 665**

Han abierto una residencia en mi zona de salud  
Poveda Serrano P, Rodríguez Manzanilla J, Martínez Sánchez R, Larre Mainer G, López Pano E, Hijós Larraz L

CS Grañén. Huesca. Aragón

Correo electrónico: mp\_poveda\_serrano@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.665>

**//// ID 696**

Valoración asistencial de los pacientes de un Programa de Atención Domiciliaria  
Salinas de la Fuente K, Moreano Cabrejos A, Blanco Ramírez E, Rivera Guiral E, Sanfeliu Soto N, Sarró Maluquer M

ABS Florida Nord. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: 24905msm@comb.cat  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.696>

**//// ID 724**

Diabetes mellitus en personas de 85 años de la comunidad: características según años de evolución  
Ferrer Feliu A, Sarró Maluquer M, Padrós Soler G, Rando Martos Y, Baqués T, y Grupo de Estudio Octabaix

CAP El Pla. San Feliu de Llobregat (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: aferrer.cp.ics@gencat.cat  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.724>

**Atención al cuidador****//// ID 533**

¿Mejora a los cuidadores informales una intervención basada en el soporte social?

Rosell Murphy M, Bonet Simó J, Solé Sancho F, Bellerino Serrano E, Rubio Villar M, Baena Escamilla E

IDIAPI Jordi Gol; SAP Cerdanyola-Ripollet. Cerdanyola del Vallès (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: dferriz@xtec.cat  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.533>

**Atención a la mujer / Embarazo****//// ID 14**

Adherencia al proceso de control de embarazo y morbimortalidad perinatal en una zona de salud de elevada población inmigrante

Luján Jiménez R, Ortega Valverde M, Godoy Sánchez V, Heredia Pareja F, Carrascosa Rubio B, Martínez Jiménez R

CD de Puebla de Vúcar. Almería. Andalucía

Correo electrónico: becaru@telefonica.net  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.14>

**//// ID 143**

Estudio de la prestación por riesgo en el embarazo  
Magaña Santos C, Santos Pastor J, De Pablos Guijarro L

Mutua Asistencial Fremap. Segovia. Castilla y León

Correo electrónico: jcsantospastor@terra.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.143>

**//// ID 285**

Personalización del proceso cáncer de cérvix en una población rural

González Álvarez M, Núñez Quiles M, González Nevado M

UGC Santa Olalla del Cala, Distrito Sanitario de Sevilla Norte. Sevilla. Andalucía

Correo electrónico: mariaj.gonzalez.nevado.sspa@juntadeandalucia.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.285>

**//// ID 299**

Prevalencia de tolerancia alterada a la glucosa gestacional y su repercusión en la madre y el recién nacido

García Lozano M, Márquez Calzada C, Cuberos Sánchez C, Rufo Romero A, Benítez Cambra R, Pascual de la Piza B

UGC de Camas; Unidad de Investigación DSAP Aljarafe; Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. Andalucía

Correo electrónico: ajo\_garloz@terra.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.299>

**//// ID 327**

Aceptación de la nueva vacuna antigripal por parte de las embarazadas

Krag Jiménez M, Abab Sánchez A, Molina Romero C, De la Vega García J, Mayo Cabeza R, Díaz Aranda F

CS Fuengirola Oeste. Fuengirola (Málaga). Andalucía

Correo electrónico: mkrag@telefonica.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.327>

**//// ID 458**

¿Son útiles los programas de apoyo a la lactancia en los centros de salud?

Ferrer Saiz L, Deza Pérez M, Cay Auría M, Domínguez Barcelona L, Monge Sanz Y, Litago Cortés A

CS Arrabal; CS Torrero-La Paz. Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: lauraferrer@comz.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.458>

**//// ID 587**

Cómo manejamos las vulvovaginitis en Atención Primaria

Moreno Vicens M, Fernández Ramos O, Rosselló Ximenes T, Jiménez Martos F, Palmer P, Esteva Cantó M

CS Escuela Graduada; UD de MFyC de Mallorca. Palma de Mallorca (Mallorca). Illes Balears

Correo electrónico: mesteva@ibsalut.caib.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.587>

**//// ID 748**

La importancia de la lactancia materna para la prevención del sobrepeso infantil

Segura Roca À, Segura Roca G, Segura Badía M, Roca Domingo M, Segura Roca S

Hospital del Mar. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: agiadamita@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.748>

**Cáncer****//// ID 76**

Acompañamiento al final de la vida: ¿sabemos ayudar a que los pacientes con neoplasia tengan una muerte digna?

Fraga Fraga A, Díaz Gallego F, Blanch Mon A, Del Amo Monleón B, Aballi Acosta M, Maragall de Gispert C

CAP Larrard. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: antia.fraga@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.76>

**//// ID 694**

Identificación de los primeros síntomas de cáncer de páncreas

Cuesta Sánchez A, López González L, Lilova G, Gómez-Martín C, Ghanem I, De Velasco G

Hospital 12 de Octubre. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: aidacuesta@msn.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.694>

**Diabetes y síndrome metabólico****//// ID 24**

Qué tratamiento instauramos en nuestros pacientes diabéticos

Rubira López D, Gómez Castaño J, Abenza Jiménez P, Villalba García M, Díaz Crisóstomo Y, Terrero Dájer E

CS de Cieza. Murcia. Región de Murcia

Correo electrónico: monicasa@larural.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.24>

**//// ID 98**

Análisis de mortalidad en diabéticos. Estudio de base poblacional basado en la historia clínica de Atención Primaria

Ciorba V, Satué Gracia E, Borreguero Guerrero E, Ochoa Gondar O, Ciorba E, Vila Córcoles Á

CAP Torreforta-La Granja. Tarragona. Cataluña

Correo electrónico: vciorba70@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.98>

**//// ID 201**

Relación entre retinopatía y nefropatía en diabetes mellitus tipo 2 en Atención Primaria

Martínez Fabre D, Benaque Herranz S, Lorés Casanova S, Pelegrina Gómez V, Martín Berraquero R, Campo Revilla M

CS Pirineos. Huesca. Aragón

Correo electrónico: fosc081@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.201>

**//// ID 216**

Educación grupal a pacientes marroquíes diabéticas

Mestres Massa M, Olabarrieta Zaro E, Pages Cadena N, Puigdevall Tarres L, Taberner Pinsach L

ABS de Salt. Girona. Cataluña

Correo electrónico: monicamestres@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.216>



**//// ID 229**

Satisfacción de pacientes que acuden a una intervención grupal de DM tipo 2  
 Florensa Rex G, Blat Guimera E, Muntala Roca M, Fortes Bordas M, De Andrés Beuter B, García Ruiz E  
 CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: geflorensa@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.229>

**//// ID 239**

Calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con psicofármacos  
 Fernández Gutiérrez B, Ranea Martín E, Gómez García M, García Ruiz A, Ávila Lachica L, Leiva Fernández F

CS Axarquía Oeste; CS Vélez-Málaga Norte. Málaga. Andalucía

Correo electrónico: beatrizfg@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.239>

**//// ID 255**

Programa de detección precoz de retinopatía diabética en el Distrito Sanitario Sevilla  
 Salvador Comino M, Garrido Torres N, Regife García V, Pérez-Cerazal Moreno M, Mayoral Sánchez E, Aguilar Diosdado M

CS San Luis. Sevilla. Andalucía

Correo electrónico: vregife@telefonica.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.255>

**//// ID 259**

Análisis sobre los motivos de derivación de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de Atención Primaria a atención especializada. Estudio Pathways  
 Escalada F, Ezkurra P, Ferrer J, Ortega C, Casamor R, Font B

Clínica Universidad de Navarra; CS Zumaia; Hospital General Universitario de Valencia; CS Pozoblanco; Novartis Farmacéutica.

Pamplona, Guipúzcoa, Valencia, Córdoba, Barcelona. Navarra, País Vasco, Comunidad Valenciana, Andalucía, Cataluña

Correo electrónico: helenab@baphealth.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.259>

**//// ID 277**

¿Tenemos en cuenta la retinopatía en el manejo del paciente diabético?

Galinsoga Jordà A, Cano Romera A, Arce Teixeira S, Haro Vázquez I, Mansilla Centenera S, Mantilla Malacas K

CAP Bon Pastor. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: agalinsoga.bcn.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.277>

**//// ID 290**

¿Por qué no siempre utilizamos metformina en el tratamiento de la diabetes tipo 2?

Férriz Villanueva G, Riera Nadal N, Rojas Blanc M, Barragán González M, Liste Salvador V, Serrano Coronado M

ABS Sagrada Família. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: gemma.ferriz@sanitatintegral.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.290>

**//// ID 314**

Ecuación con la que deberíamos estimar la función renal a los pacientes diabéticos

Viñas Céspedes A, Martí Lluch R, Pineda López E, Quesada Sabaté M, Serra Joaniquet A, Ramos Blanes R  
 Unidad de Investigación de Atención Primaria, Institut d'Assistència Sanitària. Girona. Cataluña

Correo electrónico: tonivinas@camfic.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.314>

**//// ID 368**

Concordancia diagnóstica entre el laboratorio y un analizador de hemoglobina glucosilada en un centro de Atención Primaria

Villar del Campo M, Lázaro Martín E, Rodríguez Caravaca G, Villar del Campo M

CS Los Cármenes. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: grodriguez@fhalcorcon.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.368>

**//// ID 398**

Frecuencia de autocontroles de glicemia capilar recomendada, ¿mejor control metabólico que con otra frecuencia?

Martínez Laguna D, Morró i Pla J, Martín-Urda Rodrigo S, Mata Cases M, Cos Claramunt F, Carrera Font T

CAP Sant Martí de Provençals; CAP Ramon Turró; CAP Poblenou;

CAP La Mina; Laboratorio Bon Pastor. Barcelona, Sant Adrià del Besòs (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: 34859dml@comb.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.398>

**//// ID 417**

Impacto de la educación diabetológica en población autóctona

Orgaz Molina M, Arena García C, Rincón Arzola G, Gómez Ruiz M, Ferri Lara A, Pedrosa Pacheco J

ZBS Nijar-Almería, Distrito de Almería. Andalucía

Correo electrónico: gemarincon@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.417>

**//// ID 436**

Microalbuminuria en pacientes diabéticos: detección en la consulta de Atención Primaria

Mourelle Varela R, Martín Correa E, Borrás Calvo A, Gallego Dueñas V, Molina Guasch C, Pérez Quílez O

ABS de Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: espemartin7@terra.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.436>

**//// ID 441**

Criterios de glicemia basal alterada ADA 2003: ¿qué nos encontramos a los 6 años?

Obiols Fornell M, Mas Ortega M, Megias Blanco M, Velapatiño Castro T, Roura Olmeda P, Galvan Salas A

ABS Badia del Vallès. Badia del Vallès (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: m.angels\_obiols@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.441>

**//// ID 474**

¿Ayuda la consulta *on-line* a mejorar el control de los pacientes diabéticos?

García Bayo I, Soler Vila M, Carames Durán E, Bernades C, Prieto A, Micaló T

ABS Gavà II. Gavà (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: 26788igb@comb.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.474>

**//// ID 490**

Detección de retinopatía diabética en un centro de Atención Primaria mediante retinografía con cámara no midriática

Herreras Pérez Z, García Planas N, Fontenla García J, Benachi Sandoval N

Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample; Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: herreras@clinic.ub.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.490>

**//// ID 491**

Evaluación de un dispositivo de descarga de datos del glucómetro ACCU CHEK®SMART PIX en el manejo de pacientes con diabetes tipo 2 en centros de Atención Primaria

Brotos Cuixart C, Delgado Álvarez B, Comellas Navarro M

Unidad de Investigación del EAP Sardenya-IIb Sant Pau;

Roche Diagnostics S.L. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: mcuadradolafoz@rpsweb.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.491>

**//// ID 541**

Conciencia de enfermedad en la DM tipo 2 y control metabólico

Rodríguez Aguilar R, Torra Solé N, Juárez Alarcón A, Porquer Mezquida M, Gràcia Vilas M, Montero García L

ABS Tàrrega. Tàrrega. Cataluña

Correo electrónico: nuriaponts@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.541>

**//// ID 547**

Cálculo REGICOR en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un centro de Atención Primaria

Pérez García S, Sans Rubio M, Herrera García A, Sans Corrales M, Mimoso López J, Parellada Esquius N

ABS El Castell. Castelldefels (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: 38731spg@comb.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.547>

**//// ID 606**

Esteatohepatitis no alcohólica, el perfil de nuestros pacientes

Sabaté Fiestras J, Torrents Fortes A, Lara Ibáñez R, Ochoa Gondar O, Bericat Abadía M, Calbet Ginovart M

ABS Sant Pere i Sant Pau. Tarragona. Cataluña

Correo electrónico: ochoa.tarte.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.606>

**//// ID 638**

Análisis de las causas de mortalidad en una cohorte de pacientes con DM2 seguidos en un centro de Atención Primaria durante 20 años

Soldevila Bacardit N, Torras Borrell J, Cardenas Chávez A, Carbonell Soler P, Colombini M, Nwachuknu R

CAP La Mina. Sant Adrià del Besòs (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: nuriasolde@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.638>

**//// ID 662**

El autocontrol como herramienta educativa en la diabetes tipo 2 recién diagnosticada: resultados a dos años del Estudio San Carlos: un ensayo prospectivo, aleatorizado de intervención con dos grupos paralelos

Galindo Rubio M, Del Valle L, Abad R, Fernández Fernández M, Sanz Sanz F, Calle Pascual A

Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: mercedesgalindorubio@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.662>

**//// ID 676**

Análisis comparativo a un año de la eficacia de la implementación de una ruta asistencial de diabetes mellitus tipo 2 entre Atención Primaria y especializada

Pérez García S, Sanavia Guerrero M, Jugo Jiménez B, Laserna Jiménez C, Lecumberri Pomar C, Micaló Durán T

ABS El Castell; CAP Can Bou; ABS Gavà I y II; ABS Viladecans I y II;

ABS de Begues; Hospital de Viladecans. Castelldefels, Gavà, Viladecans (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: 38731spg@comb.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.676>

**//// ID 722**

Estudio de la prevalencia de la enfermedad cardiovascular en una cohorte de diabéticos menores de 65 años. Seguimiento desde el 2003 al 2010

Planas Mirallas E, Astorga Molina N, Lloro Lancho P, Molinero Rodríguez M, Peralta Villellas B, Sangrós González F

CS Torrero-La Paz. Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: eplanasm@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.722>

**//// ID 725**

Pregunta: ¿viven menos nuestros diabéticos?

Planas Mirallas E, Astorga Molina N, Lloro Lancho P, Molinero Rodríguez M, Sangrós González F, Millaruelo Trillo J

CS Torrero-La Paz. Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: eplanasm@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.725>

**//// ID 727**

Evolución de las complicaciones microvasculares en una cohorte de diabéticos

Astorga Molina N, Planas Mirallas E, Lloro Lancho P, Molinero Rodríguez M, Peralta Villellas B, Sangrós González F

CS Torrero-La Paz. Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: eplanasm@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.727>

**//// ID 737**

Tendencias en la solicitud de la determinación de la hemoglobina glicosilada A1C en pacientes adultos con diabetes mellitus desde el año 2000 hasta el 2008

Espinosa Brito E, Sánchez Sánchez G, Fuente Valerón P, Guerrero Casanova L, González Sansó A, De Pablos Velasco P

CS de Escaleritas; Análisis Clínicos Cae Vecindario, Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario de Gran Canaria.

Las Palmas de Gran Canaria. Islas Canarias

Correo electrónico: elviraespinosab21@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.737>

## Digestivo

**//// ID 344**

Prevalencia de la malabsorción de carbohidratos en pacientes que consultan por hinchazón abdominal

Fernández Portilla T, Melero Ferrer J, Díez Langhete L, Millán Boluda I, Vilanova Urdániz I, Campos Peláez M

Hospital La Fe de Valencia; Clínica Atenea de Aldaia. Valencia.

Comunidad Valenciana

Correo electrónico: taferpor@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.344>

**//// ID 602**

Seguimiento de pacientes con hepatitis C crónica en Atención Primaria

Aizpún Sara M, Adrián Arrieta L, Ordóñez Navarro M

CS Iturrama; CS Corella. Pamplona (Navarra). Navarra

Correo electrónico: maizsar@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.602>

## Dislipemias / Nutrición / Obesidad

**//// ID 279**

Hábitos alimentarios y dieta mediterránea

Vila García J, Casasa Plana A, Ichazo Tobella B, Martínez Gil M, Soteras Prat A, Monteserín Nadal R

EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: jvila@eapsardenya.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.279>

**//// ID 560**

Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil determinada en un centro de Atención Primaria

Segura Roca G, Serra Planas E, Ramió Pujolràs G, Roca Domingo M, Segura Badia M, Segura Roca A

Servicio de Endocrinología del Hospital Universitario Germans Trias

i Pujol; UD del Instituto Municipal Asistencia Sanitaria (UDIMAS);

Parc de Salut Mar. Facultad de Biología de la Universidad de Barcelona;

ABS Girona-4, UD de MFyC de Girona. Badalona (Barcelona),

Girona. Cataluña

Correo electrónico: gemmazx@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.560>

**//// ID 570**

Recomendaciones desde asistencia primaria sobre el desayuno correcto y su puesta en práctica, en el período escolar

Segura Roca G, Segura Badia M, Roca Domingo M, Segura Roca S, Segura Roca A

Hospital Dr. Josep Trueta de Girona, ABS Girona-4; UD del Instituto

Municipal de Asistencia Sanitaria. Parc de Salut Mar De Barcelona.

Facultat de Biologia. Universidad de Barcelona. Girona, Barcelona.

Cataluña

Correo electrónico: gemmazx@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.570>

**//// ID 674**

Educación nutricional a padres de niños de 1 año de edad

Salabarnada Torras J, Roset Salla M, Ramón Cabot J,

Escoda Pinyol T, Bernal de Barbara S, Ferrer Romà A

CAP Mataró-1; CAP Mataró-5. Mataró (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: jsalabarnada.bnm.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.674>

**//// ID 746**

Mujeres con obesidad: intervención desde la interdisciplina y la interculturalidad

Poblet Calaf C, Garay C, Hernández Gauchia N,

Navarro Domènech A, Reina Córdoba A, García Vidal M

ABS Reus 4. Reus (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: minapc@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.746>

## Docencia

**//// ID 40**

Experiencia en la coordinación docente de un centro de salud

Sarlat Ribas M, Bonillo Gómez A, Sánchez Avante R, Babace Istúriz C, Herce Cordón T

CAP Consell de Cent; CAP Magòria; ABS Plana Lledó; CS Rodríguez

Paterna. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: sarlatribas@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.40>

**//// ID 64**

Abordaje al final de la vida utilizando el cine como aplicación docente: a propósito

de *Las alas de la vida*

Sisó Almirall A, Mas Heredia M, Catalán Adell M,

Adriyanov Kostov B, Cots Yago J, Coca Payeras A

CAP Les Corts; Departamento de Medicina de la Universidad de

Barcelona. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: asiso@clinic.ub.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.64>

**//// ID 102**

La unidad de cirugía menor como valor añadido en la formación de los residentes de Medicina

de Familia y Comunitaria

Arévalo Genicio A, Serra Gallego M,

De Pablo Márquez B, Jurjo López T,

Sancllemente Carrasquer A, Ripoll Ramos A

CAP Valldoreix. Sant Cugat del Vallès (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: antoniarevalo@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.102>

**//// ID 111**

Diseño, implementación y evaluación de un programa de prácticas para alumnos de medicina en su primer contacto con la clínica

Ruiz Moral R, Pérula de Torres L

UD de MFyC de Córdoba; Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina. Córdoba. Andalucía

Correo electrónico: roger.ruiz.sspa@juntadeandalucia.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.111>

**//// ID 128**

Experiencia médica en Suecia

Bonvehí Nadeu S, Bolívar Puigoriol E

CAP Gòtic. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: sigrid\_bonvehi@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.128>

**//// ID 292**

La Atención Primaria en la universidad. Abriendo caminos

González Saavedra I, Fuentes Pérez M, Garaikoetxea Iturriria A, Llauger Rosselló A, Soria Castro A, Tierno Ortega M

CS Maragall; CS Sagrera; CS Sanllehy. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: 27467mgs@comb.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.292>

**//// ID 468**

La aplicación de la ecografía como método diagnóstico en un centro de salud

De los Reyes-García Bermúdez E, Trujillo Gómez J, Quel Collado M, Perán Urquizar C, Contreras Ruiz I, Thomas Carazo E

CS Zaidín Sur. Granada. Andalucía

Correo electrónico: emi.reyes@hotmail.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.468>

**//// ID 485**

Tutorización teórica compartida de médicos residentes

Navarrete Durán M, Pallisa Gabriel L, Murgui Bertran S, Carpallo Nieto M, López Batet N

CAP Rosselló. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: pnavarre@clinic.ub.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.485>

**//// ID 527**

Relación conflictiva tutor-residente: estrategias para evitar el Burnout

Valls Esteve M, Sierra Matheu C, García Muñoz M, Carbó Queralto A, Ortiz Oliete O, Parcet Solsona J

ABS Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: amonigarcia@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.527>

**//// ID 566**

Adquirir competencias en atención a la comunidad

Sastre Paz M, Ruiz-Giménez Aguilar J

CS Vicente Soldevilla. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: martasastrepaz@yahoo.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.566>

**//// ID 585**

Utilidad de la formación en el uso del dermatoscopio en Atención Primaria para el diagnóstico de lesiones pigmentadas en Atención Primaria

Alcántara Muñoz P, Reina Nicolás I, Menárguez Puche J, Soler Torroja M, López Piñera M, Delsors Mérida-Nicolich E

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.2011.Abst.585>

**//// ID 661**

Implantación del mini-CEX como herramienta de evaluación en un servicio de urgencias

Gómez Bravo R, Torres Santos-Olmo R, Muriel Patino E, Rivera Núñez A, Martínez Virto A, Quintana Díaz M

Urgencias del Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Comunidad de Madrid

Correo electrónico: raquelgomezbravo@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.661>

Enfermedad cardiovascular /  
Factores de riesgo cardiovascular

**//// ID 30**

Tratamiento después de un síndrome coronario agudo en Atención Primaria. Estudio RIA-SCA

Sánchez Ventín V, Márquez Cortizo E, Eiroa Patiño P, Fraguera Fraga F, Moix Blázquez P, Martín Santos Á

CS Moaña; CS Beirama; CS Corux; CS López-Mor; CS Panxó; CS Gondoma; CS Val-Miño; CS Coi; CS Baiona; CS Canga; Hospital Povisa. Vigo. Galicia

Correo electrónico: msanfer@telefonica.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.30>

**//// ID 50**

OINEZ BIZI. Programa con podómetros para aumentar los niveles de actividad física

Rubio Arribas V, Iturrioz Rosell P, Hernando Ibáñez R, Mabe Angulo I, Cascante Gómez D, Pascual Uribe A

CS Irún Centro. Irún (Guipúzcoa). País Vasco

Correo electrónico: victorrubio52@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.50>

**//// ID 58**

Insuficiencia cardíaca por disfunción diastólica y patrón circadiano de la presión arterial

Martín Santos Á, Orro Arcay C, Fraguera Fraga F, Baqueiro M, Eiroa Patiño P, Sanmartín M

CS Coruxo; CS Moaña; CS Beiramar; CS Coia; Hospital Povisa. Vigo. Galicia

Correo electrónico: msanfer@telefonica.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.58>

**//// ID 166**

Adecuación del tratamiento antihipertensivo en pacientes diabéticos según las guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión del 2007

Hernández Donoso M, García Corrales R, Fariñas Campos Q, Guija Villa E, Florido Puerto A, Rodríguez González M

CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María (Cádiz). Andalucía

Correo electrónico: mamenhernandezdonoso@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.166>

**//// ID 175**

Arteriopatía periférica y comorbilidad vascular en diabetes

Garate Villanueva L, González Cruz J, Murcia Sánchez S, Rubio Arribas V, Arriaga Goirizelaia L, Fernández Otaolea K

CS Irún Centro. Irún (Guipúzcoa). País Vasco

Correo electrónico: victorrubio52@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.175>

**//// ID 211**

Estudio de prevalencia de trastornos tiroideos en pacientes con fibrilación auricular en tratamiento con amiodarona en una ABS

Pérez Durán M, Enrich Álvarez B, Madrid Valls M, Rodrigo Claverol MD, Lafarga Giribets M, Martín Miguel V

ABS Bordeta-Magraners. Lleida. Cataluña

Correo electrónico: iram20es@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.211>

**//// ID 241**

Prescripción de ejercicio físico desde Atención Primaria a pacientes sedentarios con riesgo cardiovascular

Soler Torroja M, Menárguez Puche J, Delsors Mérida-Nicolich E, Gil Pérez T, García Arzac R, Correa Martín C

CS Jesús Marín López; CS Antonio García García. Molina de Segura (Murcia). Región de Murcia

Correo electrónico: juanfran.menarguez@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.241>

**//// ID 274**

Atorvastatina genérica frente a atorvastatina marca comercial: ¿existen diferencias en el control lipídico?

Hübner la Torre J, Valdera Simbrón A, Rueda Beas C, Saus Arus M, Lowak M, Serrano Borraz V

CAP Larrard. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: johahu@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.274>

**//// ID 295**

El deporte como regulador de factores de riesgo cardiovascular y estrés

Catalán Edo M, Baquer Sahún C, Jarrod Ferrer U, Serrano Ostáriz E

Hospital Miguel Servet; Universidad de Zaragoza; Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Departamento de Fisiología y Enfermería. Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: mpcatalane@aragon.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.295>

**//// ID 298**

Insuficiencia cardíaca: características de los pacientes y su manejo en un centro de Atención Primaria

Cid Cantarero A, Sechuran Asca J, De Prado Peña E, Romaguera Bosch M, Serra Laguarda M, Montella Jordana N

CAP Ca n'Oriac. Sabadell (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: amandacid@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.298>

**//// ID 321**

Estudio descriptivo sobre el uso de AINE y COXIB en pacientes hipertensos mayores de 65 años

con dolor de origen musculoesquelético Lafèbre S, Magro Checa C, Montes García S, López de Hierro J

CS Cartuja; Servicio de Reumatología del Hospital Universitario San Cecilio. Granada. Andalucía

Correo electrónico: sunna\_lafebre@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.321>

**//// ID 396**

Síndrome metabólico en pacientes con sobrepeso y obesidad en Atención Primaria. Resultados iniciales del estudio IMOAP

Quillama Torres E, Miranda Arostegui G, Pérez Santos J, Benavides Márquez F, Rodríguez Cortés F, Rodríguez Cristóbal J

ABS Florida Sur; ABS Río de Janeiro. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: 21002jrc@comb.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.396>

**//// ID 409**

Insuficiencia cardíaca: una enfermedad letal

López Seijas C, Villanueva García Y, Suárez Alen S

CS A Estrada; CS Concepción Arenal; CS Conxo. Santiago de Compostela. Galicia

Correo electrónico: villayo@msn.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.409>

**//// ID 461**

Dependencia y comorbilidad en mayores de 65 años Pétega Díaz S, López Calviño B, Martínez Rodríguez A, Seijo Bestilleiro R, Seoane Pillado M, Pita Fernández S

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. A Coruña. Galicia

Correo electrónico: salvador.pita.fernandez@sergas.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.461>

**//// ID 465**

Comorbilidad y frecuentación

Varela Suárez A, Pita Fernández S, Naveira Seoane L, Paz Martínez C, López Calviño B, Pétega Díaz S

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. A Coruña. Galicia

Correo electrónico: salvador.pita.fernandez@sergas.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.465>

**//// ID 470**

Fibrilación auricular, ¿cómo son nuestros pacientes?

Adrián Arrieta L, Aizpún Sara M, Ordóñez Navarro M

CS Iurrama. Pamplona (Navarra). Navarra

Correo electrónico: leyreadrian@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.470>

**//// ID 511**

Profilaxis tromboembólica en fibrilación auricular no valvular. ¿Lo estamos haciendo bien?

Férriz Villanueva G, Montero Alcaraz J, Liste Salvador V, Riera Nadal C, Ibrahim K, Garibyan N

ABS Sagrada Família; ABS Cirera Molins. Barcelona; Mataró. Cataluña

Correo electrónico: gemma.ferriz@sanitatintegral.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.511>

**//// ID 524**

¿Controlamos los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con trastorno mental grave?

Carames Durán E, Soler Vila M, García Bayo I, Martínez Barreira A, Soriano D, Mediavilla R

ABS Gavà II. Gavà (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: 26788igb@comb.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.524>

**//// ID 528**

Cardiopatía isquémica: ¿hay diferencias entre inmigrantes y autóctonos?

Piulats Egea N, Albaigès Ràfols M, Solé Sancho J, Benito Badorrey M, Casas Rodríguez J, Sendra Pons M

CAP Drassanes. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: neusi\_piu@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.528>

**//// ID 546**

¿Estudiamos a todos nuestros pacientes con insuficiencia cardíaca mediante ecocardiografía?

Porquer Mezquida M, Gràcia Vilas M, Torra Solé M, Mas Blázquez L, Campillos Apesteguía C, Rodríguez Aguilar R

ABS Tàrrega. Tàrrega. Cataluña

Correo electrónico: nuriaponts@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.546>

**//// ID 551**

¿Están nuestros pacientes con insuficiencia cardíaca tratados con el porcentaje recomendado de IECAS?

Torra Solé M, Torra Solé N, Montero Garcia L, Campillos Apesteguía C, Juárez Alarcón A, Mas Blázquez L

ABS Tàrrega. Tàrrega. Cataluña

Correo electrónico: nuriaponts@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.551>

**//// ID 577**

FFCR y riesgo de desarrollar obesidad general y abdominal

Ortega Sánchez-Pinilla R, Grandes Odriozola G, Sánchez Pérez A, Torcal Laguna J, Montoya Arroniz I, y Grupo Pepaf

CS Santa Bárbara; Unidad de Investigación en Atención Primaria de Bizkaia; CS Basauri. Toledo, Bilbao. Castilla-La Mancha, País Vasco

Correo electrónico: ricardoo@sescam.jccm.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.577>

**//// ID 608**

Diferencias por género al tratar los factores de riesgo cardiovascular. Parece que no, pero...

González Voltas A, Lora Cabral M, Espinosa González A, García Navarro Y, Simón Muela C, Baena Díez J

CS La Marina. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: jbaenad@meditex.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.608>

**//// ID 656**

Objetivos de control de los factores de riesgo cardiovascular

Arteaga Pillasagua I, Pinto Rodríguez R, Laya Tomas M, Grau E, Briz E, Llargues Rocabrana E

CAP Granollers 4 Sud-Hospital General de Granollers.

Granollers (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: iandr69@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.656>

**//// ID 702**

Control de factores de riesgos cardiovascular en pacientes psicóticos y no psicóticos

en Atención Primaria

Gallego Pérez S, Robles Pons M, Callejas Vega C, Gibrat M, Peña J, Riera del Brio M

CS Poblenou. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: egilzslak@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.702>

**//// ID 769**

Evaluación del cumplimiento de los criterios de consenso en el manejo de la enfermedad renal crónica desde Atención Primaria

Blanquer Gregori J, Nolasco S, Sastre de la Hoz R, Quintana Cerezal J

CS San Blas. Alicante. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: aranhhd@ono.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.769>

**Enfermedad renal****Enfermedad renal****//// ID 247**

¿Cribamos bien la enfermedad renal crónica?

Fusté Gamisans M, Fàbrega Camprubí M, Sala Real N, Font Ribera L

ABS de Sant Joan de Vilatorrada. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: mfusteg@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.247>

**//// ID 425**

Insuficiencia renal oculta. Estudio descriptivo en el ámbito de Atención Primaria

Tarrazo Antelo A, García Rodríguez R

Área Santiago Compostela. Santiago Compostela (A Coruña).

Galicia

Correo electrónico: garcía\_rodriguez@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.425>

**//// ID 605**

Insuficiencia renal crónica: ¿cómo utilizamos el algoritmo de alteración del filtrado glomerular que consta en la Guía de ayuda al diagnóstico

en Atención Primaria?

Vaisman Yalta D, Eyre Sánchez M, Suárez Fernández N, Jusmet Miguel X, Alcober Morte L

ABS Sant Josep. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: dvaisman04@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.605>

## Enfermedades infecciosas

**//// ID 23**

El papel del médico de Atención Primaria en la prevención del VIH. Opiniones de la población inmigrante

Danet Danet A, March Cerdá J, Romero Vallecillo M, González Rojo E

*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.2011.Abst.23>

**//// ID 63**

Prescripción de antibióticos en la faringoamigdalitis aguda del adulto: efectos a corto y largo plazo de una intervención educativa

Monedero Mira M, Persiva Saura B, Sorribes Monfort J, Gómez Vives B, Jiménez Borillo E, Batalla Sales M

*CS Rafalafena. Castellón. Comunidad Valenciana*

Correo electrónico: [mjosem@ono.com](mailto:mjosem@ono.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.63>

**//// ID 74**

Patología tropical en Atención Primaria. ¿Podemos hacer algo?

Escartín Lasierra P, Navarro Tausiet M, Fortit García J, Llorente González J, Castro Pinedo N, Gimeno Feliu L

*CS San Pablo. Zaragoza. Aragón*

Correo electrónico: [paesla@eresmas.com](mailto:paesla@eresmas.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.74>

**//// ID 82**

Manejo del catarro común (IRA) en Atención Primaria: ¿se están utilizando antibióticos?

Persiva Saura B, Sorribes Monfort J, Jiménez Borillo E, Gómez Vives B, Batalla Sales M, Monedero Mira M

*CS Rafalafena. Castellón. Comunidad Valenciana*

Correo electrónico: [mjosem@ono.com](mailto:mjosem@ono.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.82>

**//// ID 93**

Comparación de las tres escalas de gravedad (PSI, CURB-65 y CRB-65) para prevenir mortalidad a corto plazo en pacientes ancianos con NAC

Ochoa Gondar O, Vila Córcoles Á, García Barreras M, Ramos F, De Diego C, Salsench E

*SAP Tarragona-Valls. Tarragona. Cataluña*

Correo electrónico: [oochoa.tarte.ics@gencat.cat](mailto:oochoa.tarte.ics@gencat.cat)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.93>

**//// ID 165**

¿Registramos adecuadamente los datos precisos ante un posible contacto tuberculoso?

López Lanza J, Pérez Martín A, López Videras R, Villa Puente M, Sánchez Cano F, Ovejero Gómez V

*CS Alisal; CS Dobra; CS Dávila; CS Los Valles; Hospital Sierrallana.*

*Santander. Cantabria*

Correo electrónico: [jrlopezlanza@terra.es](mailto:jrlopezlanza@terra.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.165>

**//// ID 199**

Salud y atención sanitaria en personas con infección por VIH. El papel de la Atención Primaria

Cubillo Llanes J, García Blanco D, Garrido Dorronsoro J, Montilla de Mora P, Bermúdez Moreno E, Peñalva Merino M

*CS Vicente Soldevilla; UVAAD, Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas del Hospital Gregorio Marañón. Madrid.*

*Comunidad de Madrid*

Correo electrónico: [jesusmilan16@gmail.com](mailto:jesusmilan16@gmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.199>

**//// ID 237**

Tuberculosis: diagnóstico y tratamiento en nuestro medio

García Forcen L, Marco Gracia M, Sánchez Galán P, Morales Ferruz R, Magallón Botaya R, Morandeira Rivas C

*CS Miralbueno-Garrapinillos; Hospital Clínico Universitario Lozano*

*Blesa. Zaragoza. Aragón*

Correo electrónico: [inwonderlandia@hotmail.com](mailto:inwonderlandia@hotmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.237>

**//// ID 258**

Enfoque en los errores de las onicopatías en Atención Primaria

Nuñez Mallada L, Abadia Lasala E, Asensio Vidal M, Azón Masoliver A, Fernández García P, Romero Ruiz A

*Hospital Lleuger de Cambrils. Cambrils (Tarragona). Cataluña*

Correo electrónico: [masensio@grupsgessa.com](mailto:masensio@grupsgessa.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.258>

**//// ID 312**

Evolución epidemiológica de un brote de sarampión

Vides Batanero M, Cortés Espejo R, Iglesias Rodríguez I, Berná Guisado C, Jareño Prades C, Ramírez Robles R

*CS Almanjayar. Granada. Andalucía*

Correo electrónico: [galena\\_05@hotmail.com](mailto:galena_05@hotmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.312>

**//// ID 373**

Descripción de los pacientes que acuden a un centro de salud de Atención Primaria por contacto tuberculoso

López Videras R, López Lanza J, Pérez Martín A, Sánchez Cano F, Villa Puente M, Ovejero Gómez V

*CS Alisal; CS Dávila; CS Los Valles; CS Dobra; Hospital Sierrallana.*

*Santander. Cantabria*

Correo electrónico: [jrlopezlanza@terra.es](mailto:jrlopezlanza@terra.es)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.373>

**//// ID 383**

Calidad de vida de los pacientes tuberculosos

Morales Ferruz R, Sánchez Galán P, Marco Gracia M, García Forcén L, Magallón Botaya R

*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; CS Delicias Sur. Zaragoza.*

*Aragón*

Correo electrónico: [r\\_rachel17@hotmail.com](mailto:r_rachel17@hotmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.383>

**//// ID 397**

Hábitos de tratamiento de las neumonías adquiridas en la comunidad en una comarca sanitaria  
 Irizar Aramburu M, Mugika Campos J, Alba Latorre M, Balmaseda Vildarraz C, Otegi Recio A, Bernarás Iturrioz M

Comarca Gipuzkoa Oeste. Tolosa (Guipúzcoa). País Vasco  
 Correo electrónico: mariaisabel.irizararamburu@osakidetza.net  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.397>

**//// ID 446**

Perfil del paciente enfermo de tuberculosis en un área básica de salud

Marco Gracia M, Sánchez Galán P, Planas Mirallas E, Morales Ferruz R, García Forcén L, Magallón Botaya R  
 CS Delicias Sur; CS Torrero-La Paz; CS Miralbuena; CS Arrabal.  
 Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: marta\_marco82@hotmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.446>

**//// ID 477**

Quimioprofilaxis de la neumonía varicelosa desde Atención Primaria

Mejía Escolano D, Poveda Serrano P, Cuartero Casin C, Bellosta Lores L, Lores Casanovas S, Elbaile Sarasa R  
 CS Pirineos; CS Santo Grial; Servicio de Urgencias del Hospital San Jorge. Huesca. Aragón

Correo electrónico: mp\_poveda\_serrano@hotmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.477>

**//// ID 482**

Conocimiento y actitudes de los médicos de Atención Primaria sobre enfermedades de declaración obligatoria

Villar del Campo M, Rodríguez Caravaca G, Villar del Campo P, Sanz Sanz M, Muñoz Martínez de Salinas C

CS Los Cármenes. Madrid. Comunidad de Madrid  
 Correo electrónico: grodriguez@fhalcorcon.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.482>

**//// ID 518**

Prescripción diferida de antibióticos. Una prueba piloto

García Navarro V, Krier Gunther I, Tinto Padro A, Navarro Sierra T, Ribas Rebull J, Bellerino Serrano E  
 CAP Ripollet I. Ripollet (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: vig@camfic.org  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.518>

**//// ID 581**

Acercando la salud internacional a la Atención Primaria

Vergara Alert M, Sequeira Aymar E, Peña Sanroma A, Mauri Vázquez V, Gorgot Lázaro R, Oliveira Souto I  
 CAPSE Casanova; CAPSE Rosselló; Gesclínic; CRESIB. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: sequeira@clinic.ub.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.581>

**//// ID 592**

Necesidad de ingreso en UCI y escala de FINE en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad  
 Sanjuan Domingo R, Andreu Calvete F, García Noain J, Morandeira Rivas C, Bargó Zambudio A, Millán López A  
 Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: jagarcian@salud.aragon.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.592>

**//// ID 675**

Intervenciones y actitud del médico de familia respecto el VIH/sida. Resultados de la encuesta de 2010  
 Carrillo R, Agustí C, Mascort J, Fernández L, Casabona J, y Grupo de trabajo sobre el test rápido del VIH en AP

Centro de Estudios Epidemiológicos sobre las ITS/HIV/SIDA de Catalunya (CEEISCAT). Barcelona. Cataluña  
 Correo electrónico: jmascort@semfyec.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.675>

**//// ID 681**

Incertidumbre y variabilidad diagnóstico-terapéutica ante un escenario con sospecha de infección de orina (ITU)

García López P, García Tirado M, Barahona Del Moral M, Rivas del Valle P, Cortés Valverde A, Girón Prieto M

UD de MFyC de Granada. Granada. Andalucía  
 Correo electrónico: pedroa.rivas.sspa@juntadeandalucia.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.681>

**//// ID 754**

Evaluación del grado de cobertura vacunal antigripal en los trabajadores de un área básica de salud Docente

Vico Besó L, Zúñiga Cedó E, Calvet Valera M  
 ABS Garraf Rural. Sant Pere Ribes (Barcelona). Cataluña  
 Correo electrónico: lavinia.vico@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.754>

**//// ID 758**

Consultas en Atención Primaria por infección respiratoria de vías altas y por fiebre coincidiendo con una onda de gripe

Aldaz Herce P, Loayssa J, Apezteguia J, Oscáriz Ojer M, Castilla Catalán J

CS de San Juan; Instituto de Salud Pública de Navarra. Pamplona (Navarra). Navarra  
 Correo electrónico: jloayssa@papps.org  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.758>

**EPOC y enfermedades respiratorias****//// ID 186**

Registro y control del EPOC: ¿una asignatura pendiente?

Iriarte Aseginolaza I, Soler Gabarrón B, Ballesteros Molina C, Santamarta Solla N, García Hervas M

CS Albaicín; CS Parquesol. Granada, Valladolid. Andalucía, Castilla y León  
 Correo electrónico: nataliasantamartasolla@yahoo.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.186>



**//// ID 334**

Abordaje de la enfermedad obstructiva crónica en Atención Primaria

Ortiz Polo E, Gallardo García S, Saldaña Catter J, Delgado González C, Juan Espert F, Sánchez Sánchez P

CS de Alaquàs. Valencia. Comunidad Valenciana  
Correo electrónico: elorpo@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.334>

**//// ID 359**

Mejorando la detección del síndrome de la apnea y hipoapnea del sueño en Atención Primaria

Castellà Dagà I, Mota Casals S, Cornet Farrerons M  
ABS Salt 2; Hospital Santa Caterina. Salt (Girona). Cataluña

Correo electrónico: icastella@comg.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.359>

**//// ID 434**

Paciente EPOC, ¿acuden a control?

Ruipérez Guijarro L, Rodríguez Pascual M, Montero Pedro M, Mateos Mora E, Fernández de la Fuente Pérez M

ABS Maria Bernades. Viladecans (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: 39709mrp@comb.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.434>

**//// ID 495**

Reagudizaciones de EPOC atendidas por un dispositivo móvil de urgencias

Pereyra López M, Barberán Morales C, Marente Lemus F, Romero Corvillo J, Cabilla Vargas J, Rodríguez González M

DCCU Puerto Real. Cádiz. Andalucía

Correo electrónico: crisbarberan@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.495>

## Gestión, atención y calidad asistencial

**//// ID 18**

El uso de las TIC en un centro de Atención Primaria  
Estafanell Celma A, Gil Timón M, Rodríguez Lara M, García Sanchón C, Barceló Torras A, Limón Ramírez E

ABS Granollers Sud-Sant Miquel. Granollers (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: annaestafanell@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.18>

**//// ID 29**

Unidad funcional de cribado de diabetes ocular: implementación y gestión desde la Atención Primaria de Salud

Sender Palacios M, Vernet Vernet M, Asaad M, Sánchez Belmonte E, Rueda Martínez M, Olivé Ribalda M

Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: mjsender@est.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.29>

**//// ID 36**

Variabilidad en la práctica clínica: prescripción de inhibidores de la bomba de protones

Velarde Mayol C, Sanjosé Rodríguez A

CS de Segovia 1. Segovia. Castilla y León

Correo electrónico: cvelardemayol@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.36>

**//// ID 41**

Valoración de los motivos de consulta y adecuación de las citas en los pacientes indemorables

Pérez Gortari M, Ugartondo Ruiz de Arbulo M, Basterra Domínguez M, Robles Martínez MJ

CS Sansomendi. Vitoria-Gasteiz. País Vasco

Correo electrónico: gortarilopetegui@telefonica.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.41>

**//// ID 44**

Modelo de atención al paciente indemorable

Pérez Gortari M, Basterra Domínguez M, Ugartondo Ruiz de Arbulo M, Robles Martínez MJ

CS Sansomendi. Vitoria-Gasteiz. País Vasco

Correo electrónico: gortarilopetegui@telefonica.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.44>

**//// ID 45**

Protocolo de actuación ante la solicitud de visita urgente por el usuario de Atención Primaria: introducción de la resolución de la demanda

aguda por Enfermería

Peralta Santamaría G, Sarlat Ribas M, Giménez Sánchez A, Lanau Roig A, Reyes Valderas M, Romero Lidón X

CAP Consell de Cent. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: sarlatribas@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.45>

**//// ID 73**

La consulta telefónica, ¿un «extra» o introducida en agenda diaria? Estudio comparativo

Garzón Garzón T, Folch Riquez C, Burón Leandro R, Alguero Galcerán P, Llauradó Badia D, Merino Parets J

CAP Turó. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: javierteresa@terra.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.73>

**//// ID 77**

La interconsulta Atención Primaria-especializada: cerrando el ciclo

Navarro Martínez A, Prieto Sánchez J, Brotons Román J, Lázaro Gómez M, Martínez Berenguer L, Núñez Martínez M

CS Murcia-Infante. Murcia. Región de Murcia

Correo electrónico: angaleno@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.77>

**//// ID 83**

Estudio descriptivo de las derivaciones a urgencias hospitalarias desde un centro de urgencias de Atención Primaria

Martínez Almagro G, Sarlat Ribas M, Gracia Alonso P, Porta Meseguer I, Tortosa Franco de Sarabia B, Rubio Rubio L

Centro de Urgencias de Atención Primaria Manso. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: sarlatribas@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.83>

**//// ID 94**

De la receta en papel a la receta electrónica: creación de un circuito para la mejora de su implementación  
 Peroan Pagán M, Mendoza Gómez G, Masot Oller E, Martí Carbonell J, Trejo Arribas M, Allepuz Palau A  
*ABS Vilanova 1; CAP Sant Joan. Vilanova i la Geltrú (Barcelona). Cataluña*

Correo electrónico: mperona@ambitcp.catsalut.net  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.94>

**//// ID 95**

Perfil sociodemográfico del personal que dispensa metadona en Atención Primaria en Andalucía  
 Millán Carrasco A, García Romera I, Venegas Sánchez J, Martín Ruiz E, March Cerdá J, Contreras García J

*Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. Andalucía*  
 Correo electrónico: immaculada.garcia.easp@juntadeandalucia.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.95>

**//// ID 117**

Experiencia de cirugía menor en Atención Primaria: un servicio eficiente que permite ahorrar tiempo al paciente y dinero al Sistema Público

Díaz Gallego F, Fraga Fraga A, Saus Arus M, Segura Borrás R, Alonso Arcos C, Badia Casas R

*CAP Larrard. Barcelona. Cataluña*  
 Correo electrónico: fdiaz@caplarrard.net  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.117>

**//// ID 129**

¿Por qué cambiamos de médico?

Giménez Sánchez A, Sarlat Ribas M, Jordana Armada C, González Alonso V

*CAP Consell de Cent. Barcelona. Cataluña*  
 Correo electrónico: sarlatribas@yahoo.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.129>

**//// ID 134**

Modelo de coordinación interniveles: unidad territorial de atención a la complejidad

Bonich Pique M, Peralta García N, Laorden Mas H, Gillete Moreno M, Sánchez Álvarez P, Sala Álvarez M

*UTAC SAP Muntanya. Barcelona. Cataluña*  
 Correo electrónico: mbonich.bcn.ics@gencat.cat  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.134>

**//// ID 147**

Avisos domiciliarios demorables en un centro de salud urbano: perfil del paciente y de la demanda asistencial  
 Sánchez Fernández E, Sánchez Fernández I

*CS La Merced. Cádiz. Andalucía*  
 Correo electrónico: enhize@gmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.147>

**//// ID 153**

Revisión de tratamientos en pacientes polimedicados, mayores de 75 años, y su adecuación a las recomendaciones de la *Guía terapéutica de Atención Primaria basada en la evidencia*

Lázaro Gómez M, Brotons Román J, Prieto Sánchez J, Navarro Martínez A, Navarro García M, López Alba J

*CS Murcia-Infante. Murcia. Región de Murcia*  
 Correo electrónico: lagomajo@hotmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.153>

**//// ID 180**

Grado de cumplimiento terapéutico en los pacientes con tratamiento crónico de la consulta de Atención Primaria

Losa Rodríguez G, Hermosa García A, Minguell González P, Ahmed Y, Laise V, Martínez Pastor N

*CS República Argentina. Valencia. Comunidad Valenciana*  
 Correo electrónico: guillermohr@comv.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.180>

**//// ID 194**

Estudio descriptivo de la consulta telefónica  
 Fernández Padilla N, Llop Moreno M, Fernández Moreno E, Menino Mañas E, Gómez Muñoz A, Sánchez Callejas A

*CAP Río Janeiro. Barcelona. Cataluña*  
 Correo electrónico: nfernandez.bcn.ics@gencat.cat  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.194>

**//// ID 210**

Indexamos los boletines farmacológicos  
 Valls R, Roca M, Solera C, Acezat J, Ramírez R, Montaña E

*Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa (Barcelona). Cataluña*  
 Correo electrónico: rvalls@cst.cat  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.210>

**//// ID 213**

Interconsultamos *on-line*  
 Vargas E, Espina A, Jurado J, Olivé M, Valls R, López V

*Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa (Barcelona). Cataluña*  
 Correo electrónico: rvalls@cst.cat  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.213>

**//// ID 217**

Incorporación del radiodiagnóstico y traumatólogo consultor en un servicio de urgencias extrahospitalario: evaluación del impacto en el nivel de resolución  
 Ríos Vallés L, Mira Pérez J, Margalef Pallarés F, Crespo Palau C, Novillo Santos M, Aguilera Pérez N

*ABS de Cambrils. Cambrils (Tarragona). Cataluña*  
 Correo electrónico: fmargalef@grupsagessa.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.217>

**//// ID 263**

Cirugía menor en Atención Primaria: ¿están satisfechos los usuarios?

Fraga Fraga A, Díaz Gallego F

*CAP Larrard. Barcelona. Cataluña*  
 Correo electrónico: antia.fraga@hotmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.263>

**//// ID 266**

Ruta asistencial de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: ¿cuál es su impacto?  
 Moliner Molins C, Delgado Diestre C, Campamà Tutusaus I, Sans Corrales M, Parellada Esquius N, Farré Pradell J

*CAP El Castell. Castelldefels (Barcelona). Cataluña*  
 Correo electrónico: cmoliner@ambitcp.catsalut.net  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.266>

**//// ID 273**

La implantación de la receta electrónica como oportunidad de eficiencia en tiempos de crisis  
De Pablo Márquez B, Arévalo Genicio A, Serra Gallego M, Jurjo López T, Sanclemente Carrasquer A, Jiménez Guirado J  
CAP Vallldoreix. Sant Cugat del Vallès (Barcelona). Cataluña  
Correo electrónico: antoniarevalo@gmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.273>

**//// ID 343**

Cómo conseguir la acreditación de una unidad de gestión clínica  
Alarcón Hidalgo MA, Díaz Aranda F, Molina Romero C, De la Rubia de Gracia M, Navarro Romero MD, Rosa Chiquero A  
CS Fuengirola Oeste. Fuengirola (Málaga). Andalucía  
Correo electrónico: sonia\_ah@hotmail.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.343>

**//// ID 372**

Colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental según modelo "Enlace": experiencia preliminar y planteamiento futuro  
Morera Llorca M, Folch Marin B, Vivas Maiques C, Romeu Climent J, García Yuste C, Quilis Olivares J  
CS Algemesí; CS Sueca; CS Almusafes; Hospital de la Ribera. Valencia. Comunidad Valenciana  
Correo electrónico: miquelmoreralorca2@gmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.372>

**//// ID 379**

Todos al hospital en caso de urgencia. ¿Por qué?  
Anton Lloreda G, Redorta Galán A, Parcerisas Perich A, Argón Pérez I, Hinarejos Castillo D, Jabalera López S  
CAP Les Franqueses. Les Franqueses. Cataluña  
Correo electrónico: 33480gal@comb.cat  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.379>

**//// ID 392**

Objetivos asistenciales en el acuerdo de gestión clínica en el período 2006-2010. ¿Necesitamos cambiar el rumbo?  
Villatoro Jiménez V, García Vertedor C, Cintado Sillero M, Cabo López A, Cañete Vargas M, Ruiz Solanes F  
CS San Andrés Torcal. Málaga. Andalucía  
Correo electrónico: mayca389@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.392>

**//// ID 413**

La mejora de la gestión de visitas previsibles en Atención Primaria con el uso de TIC  
Cuenca Olivas A, Cabistañ Arbiol C, Barea Gómez C, Bonet Simó J, Pérez Lucena M, Solans Fernández Ó  
CAP Ripollet; CAP Canaletes; CAP Serraparera. Ripollet, Cerdanyola (Barcelona). Cataluña  
Correo electrónico: cripollet.mm.ics@gencat.cat  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.413>

**//// ID 416**

¿Podemos compatibilizar asistencia y docencia universitaria? Expectativas y visión desde Atención Primaria y hospital  
Serra Gallego M, Gavagnach Bellsola M, Pedrazas López D, Giménez Gómez N  
CAP Vallldoreix; Hospital Universitario Mútua Terrassa. Sant Cugat del Vallès (Barcelona). Cataluña  
Correo electrónico: nuria.gimenez@uab.cat  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.416>

**//// ID 419**

¿Colaboran los pacientes en los ensayos clínicos? Percepción del médico  
Pedrazas López D, Giménez Gómez N, Redondo Capafons S, Font Canals R, Quintana Riera S  
CAP Vallldoreix; Hospital Universitario Mútua Terrassa. Terrassa (Barcelona). Cataluña  
Correo electrónico: d.pedrazas@gmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.419>

**//// ID 424**

Resolución de las visitas espontáneas por Enfermería mediante la aplicación de protocolos consensuados  
Sánchez Avante R, Blancas Loras M, González Lluís M, Sarlat Ribas M  
ABS Plana Lledó; CAP Consell de Cent. Mollet del Vallès, Barcelona. Cataluña  
Correo electrónico: sarlatribas@yahoo.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.424>

**//// ID 454**

Red de salud: una apuesta por la integración y colaboración  
Sans Corrales M, Jodar Solà G, Morera Castell R, Peris Grao A, Mateo Viladomat E, Cubells Asensio I  
ABS El Castell. Castelldefels (Barcelona). Cataluña  
Correo electrónico: msans@ambitcp.catsalut.net  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.454>

**//// ID 459**

Mejora continua de los procesos asistenciales en entorno de autonomía de gestión  
Sans Corrales M, Jodar Solà G, Martí de la Fuente S, Gardeñes Morón L, Parellada Esquius N, Farre Pradell J  
ABS El Castell. Castelldefels (Barcelona). Cataluña  
Correo electrónico: msans@ambitcp.catsalut.net  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.459>

**//// ID 460**

Atención Primaria y TIC: más comunitaria que nunca  
Morera Castell R, Martí Aguasca T, Navarro Cherta E, Peris Grao A, Jodar Solà G, Sans Corrales M  
CAP Can Bou. Castelldefels (Barcelona). Cataluña  
Correo electrónico: ramonmorera castell@gmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.460>

**//// ID 496**

Pacientes hiperutilizadores de las consultas médicas de Atención Primaria en un centro de salud: hipótesis explicativas

Alonso Martínez S, Ripodas Echarte B, Berganzo Andonegui N, Fuertes Goñi C, Arillo Crespo A, Cortes Ugalde F

CS Txantrea. Pamplona (Navarra). Navarra

Correo electrónico: salonsom@cfnavarra.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.496>

**//// ID 498**

Reorganización interdisciplinar de la visita espontánea

Rascón García A, Herrera García A, Jodar Solà G, Sans Corrales M, Valle Alejandro J, Campamà Tutusaus I

CAP El Castell. Castelldefels (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: arascon02@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.498>

**//// ID 500**

¿Es viable un modelo de gestión de la incapacidad temporal basado en criterios clínicos?

Extramiana Cameno E, Morán Pi J, Apezteguía Urroz J, Fernández Baraibar J, Gabilondo Pujol L, Olmedo Cruz O

Instituto Navarro de Salud Laboral; Dirección de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona (Navarra). Navarra

Correo electrónico: eextramc@navarra.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.500>

**//// ID 525**

¿Están satisfechos nuestros pacientes con la prescripción electrónica?

Herreros Martínez M, Valldosera Santo J, Calbet Ginovart M, Bericat Abadia M, Sabaté Fiestras J, Grifoll Ruiz F

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.2011.Abst.525>

**//// ID 540**

¿Ahorra tiempo el teléfono?

Nogues Boqueras R, Anguera Cugat F, Cortacans Borrell A, Miracle Fandos M, Olius Peyrats C, Fornons Guillaumet F

EAP Sant Rafael. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: rnogues.bcn.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.540>

**//// ID 553**

Cambios de gastrostomía endoscópica percutánea en domicilio. Mejorando su calidad de vida

Yagüe Sebastián M, Sanjuan Domingo R, Villaverde Royo M, Ruiz Bueno M, Elías Villanueva M

UD de MFyC del Sector III de Calatayud. Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: maryaguese@wanadoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.553>

**//// ID 559**

¿Mejoramos con la implantación de rutas asistenciales?

Gardeñes Morón L, Sans Corrales M, Jodar Solà G, Parellada Esquiús N, Farré Pradell J, Reig Calpe P

ABS El Castell; SAP Baix Llobregat Litoral; CS Costa de Ponent; ICS.

Castelldefels, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: 24526mgm@comb.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.559>

**//// ID 564**

Nivel de satisfacción al reorganizar la demanda

Martí Carbonell J, Mataix Andreu S, Cazalla Lara M, Reina Correro M, De Francesco Sivill M, Ràfols Pascual G

CAP Sant Joan; EAP Vilanova I. Vilanova i la Geltrú (Barcelona).

Cataluña

Correo electrónico: jmarti.cp.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.564>

**//// ID 589**

¿Podemos quitar la burocracia de la consulta?

Reordenando la demanda

Martí Carbonell J, Cirauqui Estrada L, Chirveches Pérez E, Casamayor Lloria C, Utrilla Jiménez P, Perona Pagán M

CAP Sant Joan; EAP Vilanova I. Vilanova i la Geltrú (Barcelona).

Cataluña

Correo electrónico: jmarti.cp.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.589>

**//// ID 590**

Utilidad de la colaboración entre el médico de Atención Primaria y el farmacéutico comunitario. Estudio cualitativo

Jové Massó A, Fernández Sánchez A, Rubio Valera M, Guillén Solà M, Rovira Vila M, Martín Cantera C

Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona Ciutat; Unitat de Recerca i

Desenvolupament del Parc Sanitari Sant Joan de Déu de Sant Boi de

Llobregat; Unitat de Investigació del Servei de Salut de les Illes Balears.

Barcelona, Mallorca. Cataluña, Illes Balears

Correo electrónico: amjove@camfic.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.590>

**//// ID 609**

Proyecto de enfermería en un grupo de gestión autónoma profesional incentivada en Atención Primaria

De Andrés Beuter B, Sitjar Martínez de Sas S, López Poyato M, Florensa Rex G, Blat Guimera E, Fortes Bordas M

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: bertabeuter@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.609>

**//// ID 625**

El acompañante: ¿amigo o enemigo?

Moll Casamitjana D, Capilla Rodríguez E, Mahfouz Castejón T, Querol Gómez de Hinojosa M, Escobar Arráez R, Martín Sánchez A

CS Vinyets. Sant Boi de Llobregat (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: dmoll.cp.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.625>

**//// ID 630**

¿Las unidades de profesionales expertos, reto o motivación para los médicos de familia?

Ríos Valles L, Margalef Pallares F, Fernández García P, Grifoll Hernández A, Fuster R

ABS de Cambrils. Tarragona. Cataluña

Correo electrónico: lrios@grupsagessa.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.630>

**//// ID 640**

Enfermería participe en la resolución compartida de la demanda aguda en un centro de Atención Primaria

García Planas N, Roura Rovira S, Suárez Pujol M, Rodríguez Martínez C, Serna García A, Benachi Sandoval N

EAP Rosselló. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: ngarcia@clinic.ub.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.640>

**//// ID 649**

Resultados de un nuevo modelo de autogestión profesional en Atención Primaria

Sitjar Martínez de Sas S, Ortiz Molina J, Benito Serrano M, Mauri Vázquez V, Cararach Salami D, Anguita Guimet A

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: ssitjar@clinic.ub.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.649>

**//// ID 671**

La consulta de teledermatología. Facilidades para el paciente

Fernández Terrón M, Valencia Alvarado A, Moyano Acosta R, Narbona Fernández R, Araujo Álvarez L

CS El Saladillo; Consultorio de Mijas; CS Palma-Palmilla. Cádiz, Málaga. Andalucía

Correo electrónico: avadarm@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.671>

**//// ID 726**

Características de los partes de lesiones en un centro de salud de Madrid

Martin Herruzo A, Del Olmo Zamora R, García Lerin A, García Vallejo O, Martín Herruzo S, Núñez Bermejo A

CS Almendrales; CS Puerta Bonita. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: anamherruzo@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.726>

**//// ID 741**

Impacto en las consultas médicas de una área básica a los cuatro años de la puesta en marcha de una consulta de acogida, cribado y resolución de la demanda espontánea por Enfermería

Quer Ramiro J, Camós Guijosa P, Jara Ruiz De Gaona A, Borrás Vicente D, Grivé Isern M, Gil Sánchez D

ABS Bonavista-La Canonja. Tarragona. Cataluña

Correo electrónico: pcamos.tarte.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.741>

**//// ID 777**

Gestión de la demanda mediante comunicación telefónica de resultados de pruebas complementarias

Soler Sánchez M, Ortega Carpio A, Rodríguez Pérez H, Zabala Díaz S, León Arévalo M

CS Torrejón. Huelva. Andalucía

Correo electrónico: aorcar@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.777>

**Hipertensión arterial****//// ID 116**

Pacientes con síndrome de apnea-hipoapnea del sueño con y sin hipertensión atendidos en Atención Primaria. ¿Cuál es la diferencia?

Bayó Llibre J, Riel Cabrera R, Aoiz Linares J, Priego Artero M, Mellado Breña E, Filomena Paci J

CAP El Clot. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: josefinafilomenapaci@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.116>

**//// ID 203**

¿Se utiliza una técnica correcta en las tomas externas de presión arterial?

Eyre Sánchez M, Vaisman Yalta D, Jusmet Miguel X, Suárez Fernández N

ABS Sant Josep. L'Hospitalet del Llobregat (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: marina\_eyre@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.203>

**//// ID 444**

Prevalencia y control de la presión arterial en pacientes hipertensos con síndrome de apnea del sueño

Nikolova Tankova I, Benachi Sandoval N, Pallisa Gabriel L, Murgui Betrán S, López Batet N, Navarrete Durán P

Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: itankova@yahoo.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.444>

**//// ID 452**

Cumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos polimedicados de Atención Primaria. ¿Están realmente controlados nuestros pacientes hipertensos?

Calderón Guadalupe J, Belhadj H, Vázquez Merino A, López Aguilar J

CS Isla Chica. Huelva. Andalucía

Correo electrónico: jumacagu@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.452>

**//// ID 616**

Adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos

Lera Omiste I, Guevara López M, Martínez Sánchez R, López Pano E, Hijós Larraz L, Muro Ruspira M

CS de Grañen. Huesca. Aragón

Correo electrónico: ileraom@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.616>

**//// ID 618**

Grado de conocimiento por los pacientes del contenido en sal de los alimentos  
Lorés Casanova S, Castellón Fantova A, Franco Sanagustín T, Rivera Fuertes A  
CS Pirineos. Huesca. Aragón  
Correo electrónico: dadelos142@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.618>

## Medicamentos / Medicina alternativa

**//// ID 185**

Consumo de estupefacientes en un área básica de salud  
Pérez Rivas J  
CAP Bon Pastor. Barcelona. Cataluña  
Correo electrónico: jmperez.bcn.ics@gencat.cat  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.185>

**//// ID 280**

Describir la prescripción de antiinflamatorios no esteroideos tópicos en un centro de salud urbano  
Yagüe Sebastián M, Coscollar Escartín I, Muñoz Albadalejo P, López Canales C, Villarroja Royo M, Torrecilla Conde J  
CS Bombarda. Zaragoza. Aragón  
Correo electrónico: maryaguese@wanadoo.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.280>

**//// ID 335**

Plantas medicinales. ¿Sabemos qué consumen nuestros pacientes?  
Serrano Pons H, Monteserín Nadal R, Reyes Reyes C, Coderch Arís M, Galán Díez M, Aumala Aguilera A  
EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña  
Correo electrónico: hesepo2002@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.335>

**//// ID 600**

Adecuación del tratamiento farmacológico con metformina y sulfonilureas respecto a la función renal en la diabetes mellitus  
Duaso Allué I, Laguna Fonseca B, Watson Illich S, Ledesma Ulloa G, González Casafont I, Baena Díez J  
CS La Marina. Barcelona. Cataluña  
Correo electrónico: jbaenad@meditex.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.600>

**//// ID 712**

Prescripción inducida en Atención Primaria. Tiempo dedicado y origen  
Carrasco García A, Arcas Ferré M, Bernades Carulla C, Urbano Fernández M, Manzotti C, Silvestre Puerto V  
CAP Can Bou. Castelldefels (Barcelona). Cataluña  
Correo electrónico: dr.amadeocarrasco@gmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.712>

**//// ID 718**

¿Todos consumen plantas medicinales por igual?  
Lubran Olivella M, Camprodon Tuneu N, Pou Vila M, Esgueva de Haro N, Llobet Pareja A, Elorza Ricart J  
EAP Gòtic. Barcelona. Cataluña  
Correo electrónico: ncamprodon@yahoo.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.718>

**//// ID 742**

Consumo de hierbas medicinales en la población de un centro de salud urbano  
Mendívil J, Sandru A, Peiró M, Bravo O, Bellido J, De la Poza M  
EAP Dr. Carles Ribas. Barcelona. Cataluña  
Correo electrónico: mariamdelapoz@gmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.742>

## Medicina y medios de comunicación

**//// ID 720**

Introduciendo nuevas tecnologías: la oficina virtual  
González Alonso V, Sarlat Ribas M, Giménez Sánchez A, Jordana Armada C, De Mora Carmona C  
CAP Consell de Cent. Barcelona. Cataluña  
Correo electrónico: sarlatribas@yahoo.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.720>

**//// ID 744**

Consulta electrónica en Atención Primaria: un año de experiencia  
Calvet Valera M, Vico Besó L, Zúñiga Cedó E, Calvet Sabaté A, Gris Ambròs C, Benet Martí J  
CAP Roquetes; ABS Garraf Rural. Sant Pere de Ribes (Barcelona). Cataluña  
Correo electrónico: lcalvet@ambitcp.catsalut.net  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.744>

## Neurología / Cerebrovascular

**//// ID 481**

Prevalencia de dependencia y deterioro cognitivo  
Seoane Pillado M, Domínguez Loureiro P, Álvarez Moital I, González Martín C, García Alonso P, Pértega Díaz S  
Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. A Coruña. Galicia  
Correo electrónico: salvador.pita.fernandez@sergas.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.481>

**//// ID 561**

Ictus en Atención Primaria: descripción del paciente e implantación del código ictus  
Marconcini C, Escobedo Espinosa F, Tejero López P, Díaz Barroso A, Giménez Baya T, Vivanco M  
CS Llefia. Badalona (Barcelona). Cataluña  
Correo electrónico: esconosa@yahoo.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.561>

## Osteoporosis / Aparato locomotor

### //// ID 162

Osteoporosis y bifosfonatos: aproximaciones a nuestra realidad asistencial  
Vicente Molinero A, Lou Arnal S, Medina Orgaz E, Muñoz Jacobo S, Ibáñez Estella J, Guillén Lorente S  
CS Utebo. Zaragoza. Aragón  
Correo electrónico: sergiomj3@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.162>

### //// ID 253

Adecuación del tratamiento con bifosfonatos en mujeres posmenopáusicas  
Sabalich M, Lliteras Mañón M, Guillen Solà M, Carandell Jäger E, Calvo Pita C, March Llull S  
CS Trencadors. Lluçmajor (Mallorca). Illes Balears  
Correo electrónico: miguellliteras@yahoo.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.253>

### //// ID 363

Valoración de la aplicación de infiltraciones en un centro de Atención Primaria  
Serrano Barragan M, Illamola Martin L, Rodríguez Blanco L, Del Valle Roth M, Figuro Cárdenas M, Alonso M  
CAP Florida Sud. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña  
Correo electrónico: lauraillamola@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.363>

### //// ID 375

Fibromialgia: impacto en la calidad de vida  
Bautista Puente A, Arteaga Pillasagua I, Grimaldo Casanova P, Espinasa Rifá J, Viaplana Mas J, Bertrán Folqué S  
CAP Sant Miquel. Granollers (Barcelona). Cataluña  
Correo electrónico: josepespinasa@camfic.org  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.375>

### //// ID 438

Consulta de infiltraciones en un centro de salud  
Berges Raso I, López L, Maza Ú, Zamora T  
CAP Raval Nord-Lluís Saye. Barcelona. Cataluña  
Correo electrónico: irenilla7@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.438>

### //// ID 550

Adecuación al tratamiento de osteoporosis en un área de salud  
Gutiérrez de Antonio M, Miguélez Ferreiro S, Kurtz Luna C, Manso Fernández G, Muñoz Ayuso O, Egido R  
CS Segovia I y III. Segovia. Castilla y León  
Correo electrónico: marigu007@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.550>

### //// ID 567

Guías de osteoporosis: ¿cómo la misma evidencia científica genera recomendaciones dispares?  
Reyes Reyes C, Monteserín Nadal R, Brotons Cuixart C, Moral Peláez I, Coderch Arís M, Serrano Pons H  
EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña  
Correo electrónico: reyesreyescristina@gmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.567>

### //// ID 596

A quiénes y cómo tratamos de osteoporosis en un centro de Atención Primaria  
Quel Collado M, Reyes García-Bermúdez E, Rodríguez Fajardo A, Gallo Vallejo F, Trujillo Gómez J, Perán Urquizar C  
CS Universitario Zaidín-Sur, Distrito Sanitario de Granada. Granada. Andalucía  
Correo electrónico: ffgallov@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.596>

### //// ID 652

Fractura vertebral en el varón, ¡también existe!  
Bidabehere A, Ortiz Domínguez L, Mínguez Sorio P, Mirallas Mezquita M  
CS Teruel Ensanche. Teruel. Aragón  
Correo electrónico: l.ortiz.dguez@gmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.652>

### //// ID 655

Consensuamos con tramatólogos y reumatólogos las proyecciones radiológicas  
Oriol J, Vera C, Griñó A, Pujol J, Duran M, Garcia J  
Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa (Barcelona). Cataluña  
Correo electrónico: rvalls@cst.cat  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.655>

## Otros / Miscelánea

### //// ID 19

Primeros pasos hacia el diagnóstico precoz del cáncer de cérvix en Nueva Santa Rosa (Guatemala)  
Requejo Brita-Paja P, Garzo Jui L, Che Hidalgo E, Asurmendi Imaz N, Requejo Olaizola P  
CS del Condado de Treviño. Treviño (Burgos). Castilla y León  
Correo electrónico: pedro.requejo@hotmail.com  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.19>

### //// ID 37

El clima emocional en un distrito sanitario rural de Andalucía  
Reales Arroyo A, Hernández Soto R, March Cerdá J, Danet Danet A  
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.2011.Abst.37>

### //// ID 49

La utilización de la consulta telefónica para la entrega de analíticas  
Fernández Moreno E, Menino Mañas E  
ABS Prosperitat. Barcelona. Cataluña  
Correo electrónico: efernandezm.bcn.ics@gencat.cat  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.49>

### //// ID 65

Unidad de Investigación en Atención Primaria: resultados tras dos años de creación  
Sisó Almirall A, González de Paz L, Mañes López E, Benachi Sandoval N, Pereira Rosalen A, Sebastián Montal L  
CAP Les Corts; Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample. Barcelona. Cataluña  
Correo electrónico: asiso@clinic.ub.es  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.65>

**//// ID 72**

Estudio descriptivo de las primeras derivaciones realizadas al Servicio de Endocrinología por obesidad o DM tipo 2

Garzón Garzón T, Folch Risquez C, Burón Leandro R, Colás Taugi M, Hernández Martín T, Areste Casares D

CAP Turó. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: javieryerresa@terra.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.72>

**//// ID 87**

Experiencia médica en un hospital provincial en un país en vías de desarrollo

Bardina Cabrera C, Troya C, Osuna Gomera Y, Malo Verde A

Hospital Prodeín; ABS Can Bou. Castelldefels (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: claudia.bardina@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.87>

**//// ID 125**

Perfil del usuario sin cita previa y opinión de los facultativos al respecto

Campillos Gómez R, Molina Carrasco M, Capriles M, Almenar Almenar R, Roca Navarro P, Raga Marí R

CS República Argentina. Valencia. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: rklcg@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.125>

**//// ID 138**

Correlación clínico-patológica de lesiones tratadas en Atención Primaria. Anatomía patológica en Atención Primaria

Pérez-Crespo Gómez C, Botías Martínez C, Navarro Sánchez S, De Casas Fernández X, Peña Doncel-Moriano J, Huertas Lucas F

CS Cartagena-San Antón; UD de MFyC de Cartagena-San Javier.

Cartagena (Murcia). Región de Murcia

Correo electrónico: carmenpcg@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.138>

**//// ID 172**

Estudio comparativo de la utilidad de la criba telefónica en los domicilios agudos

Menino Mañas E, Fernández Moreno E, Fernández Padilla N, Llop Moreno M, Gómez Muñoz A, Sánchez Calleja A

ABS Prosperitat. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: evamenino@terra.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.172>

**//// ID 251**

Efectividad de las herramientas de ayuda a la toma de decisiones para pacientes

Carlos Gil A, Molina Linde J, Rodríguez López R, Romero Tabares A, Beltrán Calvo C, Flores Moreno S

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Sevilla. Andalucía

Correo electrónico: anam.carlos.ext@juntadeandalucia.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.251>

**//// ID 265**

Crioterapia en dos centros de salud: 3 años de experiencia

Blanch Mon A, Maragall de Gispert C, Vistos Faja A, Fraga Fraga A, Pirretas Faus L, Valdera Simbron A

CAP Larrard. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: ablanch@caplarrard.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.265>

**//// ID 296**

¿Paseamos por el barrio?

García Sanchón C, Lara Rodríguez M, González Farrés J, Pérez López A, Barrero Ramos J, Estafanell Celma A

ABS Sant Miquel. Granollers (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: judingf@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.296>

**//// ID 364**

¿Acumula medicación el paciente crónico en su botiquín?

Antón Lloreda G, Arumí Prat M, Malfeito Gual R, Velayos Balcells R, Hernández Huet E, Carsemerio Cortés J

CAP de Les Franqueses del Vallès. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: 33480gal@comb.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.364>

**//// ID 380**

Asociación entre hiperfrecuentación y control de factores de riesgo cardiovascular

Gutiérrez Pérez M, Vila Córcoles Á, Juárez Laiz M, Marcos Dalmau E, Homs Bofarull A, Rodríguez Pena M

ABS Valls Urbà. Valls. Cataluña

Correo electrónico: mmar@pamies.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.380>

**//// ID 421**

Evaluación del acceso a consulta mediante internet en un centro de salud rural

López Torres G, Hernández Carmona A, Rodríguez Delgado E, Osorio Martos C, García Iglesias Y, Solana Moreno M

CS Cartuja; Consultorio de Huesa, ZBS Peal de Becerro; Hospital Santa Ana; DCCU Granada; CS Zaidín Sur; CS Casería del Cerro. Granada, Jaén. Andalucía

Correo electrónico: ginelop@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.421>

**//// ID 423**

Estudio de la población inmigrante en un centro de salud urbano

Aguilera P, Abad A, Márquez R, Martínez P, Asenjo R, Estudillo R

CS Caramuel. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: paloma@ramosaguilera.jazztel.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.423>

**//// ID 428**

¿Son adecuados los ecocardiogramas que pedimos?

Cantero Gómez F, Font Bosque A, Just Mallart M, Moriana de la Olla C, López Gosp M, Canals Asbert C

ABS Igualada Urbà. Igualada (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: fxcantero.cc.ics@gencat.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.428>



**//// ID 433**

Tres años ofreciendo una unidad de estilos de vida  
Salguero Chaves E, Rodríguez Ferreira N,  
Gómez Durán M, Cantero Macedo M,  
Rodríguez Pardo D, Gómez Cruz D

CS Valdepasillas. Badajoz. Extremadura

Correo electrónico: emiliosalcha@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.433>

**//// ID 505**

Juventud, ¿divino tesoro?  
Almendro Candel M, González Santos J,  
Alemañ Rubio M

CS El Toscar. Elche (Alicante). Comunidad Valenciana

Correo electrónico: almendro\_mar@gva.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.505>

**//// ID 515**

Proyecto Castellbou: «Ha nacido nuestra cría»  
Bilbeny B, Martínez L, Burgos S, Sans M, Peris A,  
Morera R

ABS El Castell; CAP Can Bou. Castelldefels (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: beabilbeny@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.515>

**//// ID 516**

Dieta mediterránea y ejercicio físico: adherencia  
en nuestra población

Vicentín Gonnet T, Benet Constantino C,  
Medina García S, Mur Martí T, Romero González E,  
Martínez Quílez F

CAP Terrassa Sud. Terrassa (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: telmavicentini@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.516>

**//// ID 539**

Prevalencia de actividad física en Atención Primaria  
Ruiz Comellas A, Fàbrega Camprubí M, Pera Blanco G,  
Alzamora Sas M, Torán Montserrat P, Mundet Tudurí X

ABS de Sant Joan de Vilatorrada. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: annaruizcom@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.539>

**//// ID 578**

Tele dermatología: una realidad en Atención Primaria  
Herrerías Pérez Z, Gimferrer Artigas N, Navarro  
González M, Muñoz Santos C, Ramírez Maestre C,  
Condines X

CAPSE L'Eixample; CAP Les Corts; Hospital Clínic de Barcelona.

Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: herreras@clinic.ub.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.578>

**//// ID 588**

Desarrollo de un programa de cirugía menor  
en un centro de salud urbano

Quel Collado M, Alonso Ortega N, Casares Gómez N,  
Gallo Vallejo F, Sánchez Ortega C, Martín Mingorance J

CS Universitario Zaidin-Sur, Distrito Sanitario de Granada. Granada.

Andalucía

Correo electrónico: fjallov@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.588>

**//// ID 598**

Programa de promoción de la salud en colectivos  
en situación de prostitución

AAVV de Médicos del Mundo de la sede de Aragón

Sede de Médicos del Mundo de Aragón. Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: sbelkebir@aragon.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.598>

**//// ID 604**

Tratamiento con opioides en dolor crónico  
no oncológico

Litago Gil M, Lerena Rivas M, Otero Arévalo E,

Alen Cubillas M, Indurain Sádaba J

CS de Estella. Pamplona (Navarra). Navarra

Correo electrónico: mlerenar@cfnavarra.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.604>

**//// ID 634**

Perfil de usuarios de la consulta de atención  
socio sanitaria a inmigrantes de MDM-Zaragoza

AAVV de Médicos del Mundo de la sede de Aragón

Sede Médicos del Mundo de Aragón. Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: sbelkebir@aragon.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.634>

**//// ID 643**

Programa Paciente Experto del ICS: intervención  
comunitaria e innovación

García Cerdan M, Ferre González A, Rubio Muñoz F,

García Velasco A, Puchercos Ferrer A, Amil Bujan P

CAP Vila Vella; CAP El Serral, ABS Sant Vicenç dels Horts.

Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: 936628663@terra.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.643>

**//// ID 663**

Estado de salud y prevalencia del dolor crónico  
generalizado en Atención Primaria

Morales Espinoza E, Mas Heredia M, Cararach Salami D,

Adriyanov Kostov B, Ramos-Casals M, Sisó Almirall A

CAP Les Corts; Departamento de Medicina de la Universidad de

Barcelona. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: asiso@clinic.ub.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.663>

**//// ID 682**

Uso del genograma para estudiar la estructura familiar  
en la población inmigrante

Rodríguez Navarro J, Del Ojo García F,

García de Arboleya F, González Fábregas A,

Montesinos Guerrero M, Castro Martínez F

CS Cartuja. Granada. Andalucía

Correo electrónico: joseluisrodriguez9000@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.682>

**//// ID 687**

Manifestaciones extraarticulares en artritis reumatoide

Peña León I, Torrubia Fernández M

CS de Cascante; CS de Gallur. Navarra, Zaragoza. Navarra, Aragón

Correo electrónico: ipl816@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.687>

**//// ID 703**

Análisis de la percepción de profesionales y pacientes sobre la introducción de la informática en varios consultorios rurales

Escusa Anadón C, Gómez Cadenas C, Armangue Sanz S, Díaz de Cuvillo M, Monreal Aliaga I, Carod Benedito E  
CS de Monreal del Campo; CS de Sástago. Teruel, Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: coriescusa@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.703>

**//// ID 710**

Reduciendo la incertidumbre a la velocidad del ultrasonido

Alameda González C, Herrera Carcedo C, Bañuelos Peña P, Rad Moradillo M

CS de Briviesca. Burgos. Castilla y León

Correo electrónico: calamedag@saludcastillayleon.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.710>

**//// ID 743**

Efectividad de intervenciones educativas en nuestros escolares de Educación Primaria sobre hábitos alimentarios y conocimientos de salud bucodental

Pereira Gil M, Mourinho Vázquez M, Estévez Rodríguez M, Vidal Sanmartín C, Pérez López M, Fernández Domínguez M

CS A Cuña; CS Xinzo-Allariz; CS Bande; CS de O Barco; CS A Ponte; UD de MFyC de Ourense. Ourense. Galicia

Correo electrónico: mariajose.fernandez.dominguez@sergas.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.743>

**//// ID 757**

El malestar de las mujeres migradas: una aproximación cualitativa y cuantitativa

Poblet Calaf C, Gómez Canales S, Garay C, Rey Reñones C, Hernández Gauchia N, Arija Val V

ABS Reus 4. Reus (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: minapc@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.757>

## Salud mental / Burnout

**//// ID 9**

El entorno familiar de pacientes con fibromialgia

Trillo Calvo E, Magallón Botaya R, Antonio Paniagua J, Hernández Gil R, Calderó Santiago L, Benito López A

CS Actur Sur. Zaragoza. Aragón

Correo electrónico: evatrillo83@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.9>

**//// ID 119**

Encuentros difíciles en Atención Primaria: una aproximación mediante grupos focales

Atienza Martín F, Rodríguez Fernández L, Revuelta Pérez F, Losada Ruiz C, Moreno Sanpedro E, Marín Andrés G

UGC Adoratrices; Departamento de Psicología de la Universidad de Huelva. Huelva. Andalucía

Correo electrónico: fatienzam@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.119>

**//// ID 236**

Satisfacción laboral en Atención Primaria

Pérez Ciordia I, Guillen Grima F

CS de Tafalla. Navarra. Navarra

Correo electrónico: ignacio\_perez\_cioridia@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.236>

**//// ID 282**

Hiperfrecuentadores en Atención Primaria; ¿expresión de una depresión oculta?

Puentes Torres R, Reguillo Granados A, Romero Carrillo M, Espejo Espejo J, Aguado Taberné C, Solís Cuesta J

CS Santa Rosa; CS Levante Norte. Córdoba. Andalucía

Correo electrónico: doctor\_dj2@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.282>

**//// ID 329**

La demanda desde Atención Primaria a salud mental: tratamientos previos

Fortit García J, Vega Vega P, Muñoz Morente M

CS Vélez-Málaga Sur. Málaga. Andalucía

Correo electrónico: jonatanfortit@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.329>

**//// ID 472**

Participación de Atención Primaria en el comité operativo de salud mental

Murgui Betran S, Pallisa Gabriel L, Navarrete Duran P, López Batet N, Nikolova Tankova I

Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: smurgui@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.472>

**//// ID 552**

Evolución del consumo de antidepresivos y benzodiazepinas en una comunidad autónoma

Gurrero Bernat S, Álvarez Arroyo L, Vicens Caldentey C

CS Son Serra-La Vileta. Palma de Mallorca (Mallorca). Illes Balears

Correo electrónico: saraguerber@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.552>

**//// ID 621**

Evolución de la demora en las interconsultas con psiquiatría en un área de salud tras la implantación de una colaboración reglada con Atención Primaria

Folch Marín B, Vivas Maiques C, Morera Llorca M, Vidal Rubio S, Romeu Climent J, Palop Larrea V

CS Almussafes; CS Sueca; CS Algemesí; CS Alzira. Valencia.

Comunidad Valenciana

Correo electrónico: crivivas@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.621>

**//// ID 647**

Valoración de la salud mental de ancianos y jóvenes

Vicente Prieto P, Ramírez Castro V, González Marín E

CS Miguel Armijo; CS Sisinio de Castro. Salamanca. Castilla y León

Correo electrónico: pati\_vipri@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.647>

**//// ID 659**

Intervención para mejorar la autoestima  
 Pascual Benito L, Carracedo Müller M, Agudo Cruz C  
 CAP Dr. Bartomeu Fabrès Anglada. Gavà (Barcelona). Cataluña  
 Correo electrónico: pascualbenito@hotmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.659>

**//// ID 716**

Trastornos mentales en un centro de Atención Primaria  
 Molés Moliner E, García Fernández E, Muntalà Roca M,  
 Giner Martos M, González de Paz L  
 CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña  
 Correo electrónico: emoles@clinic.ub.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.716>

**//// ID 773**

Programa Un paso más  
 Fernández Merino L, Bernal López E,  
 Bernal Fernández P, Sayago Soto M  
 CS Santa Ana. Dos Hermanas (Sevilla). Andalucía  
 Correo electrónico: fernanmeri@gmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.773>

## Seguridad del paciente

**//// ID 16**

Quién se atreve a retirar fármacos  
 Satué Gracia E, Rull Pellejà B, García Barreras M,  
 Borreguero Guerrero E, Martín Lorente A,  
 Fuentes Bellido C  
 CAP Torreforta-La Granja. Tarragona. Cataluña  
 Correo electrónico: esatue.tarte.ics@gencat.cat  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.16>

**//// ID 52**

Interacciones farmacológicas en pacientes crónicos  
 Alonso García C, Ros Martínez E, Piñana López A,  
 Cánovas Ingles A, Luquin Martínez R, Morales López R  
 CS Virgen de la Caridad (Cartagena-Oeste). Cartagena (Murcia).  
 Región de Murcia  
 Correo electrónico: alfonsopl@aol.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.52>

**//// ID 92**

Implantación de un sistema de notificación  
 de incidentes de seguridad del paciente  
 en Atención Primaria  
 Fernández Uría J, Zunzunegui Marcáida J  
 Grupo de Seguridad del Paciente de Comarca Bilbao-Osakidetza.  
 Bilbao. País Vasco  
 Correo electrónico: jzmarkaida@yahoo.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.92>

**//// ID 108**

Consentimiento informado de cirugía menor en  
 Atención Primaria; ¿cumple los requisitos de la Ley  
 de Autonomía del Paciente?  
 Aballí Acosta M, Díaz Gallego F, Bosch Masgrau A, Fraga Fraga A,  
 Serrano Borraz V, Porta Borges M  
 CAP Larrard. Barcelona. Cataluña  
 Correo electrónico: fdiaz@caplarrard.net  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.108>

**//// ID 174**

Estudio de las interacciones medicamentosas en  
 pacientes polimedcados de Atención Primaria  
 Ruiz Ruiz F, Cano Vázquez E, Maqueda Madrona T,  
 Lasterra Sánchez M, Corral Formoso J,  
 Palacios del Valle E  
 CS San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz). Andalucía  
 Correo electrónico: javierrzrz@yahoo.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.174>

**//// ID 208**

Reacciones adversas a medicamentos en un área  
 básica de salud  
 Pérez Duran M, Lafarga Giribets M, Martin Miguel V,  
 Sabaté Arnau L, Hernández Aznar M,  
 Rodrigo Claverol MD  
 ABS Bordeta-Magraners. Lleida. Cataluña  
 Correo electrónico: iram20es@yahoo.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.208>

**//// ID 378**

Polifarmacia en ancianos: interacciones farmacológicas  
 y fármacos implicados  
 Morales López R, Salguero Merino A, Ros Martínez E,  
 Luquin Martínez R, Delgado Rodríguez M,  
 Fernández Lorenzo J  
 CS Cartagena-Oeste; CS Barrio Peral. Cartagena (Murcia).  
 Región de Murcia  
 Correo electrónico: rmoraleslopez@hotmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.378>

**//// ID 626**

Alteración de la función tiroidea provocada por el uso  
 crónico de amiodarona  
 Ferrer Collantes M, Rocha Ramírez M  
 CS de Peñarroya. Córdoba. Andalucía  
 Correo electrónico: vifeco001@hotmail.com  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.626>

**//// ID 650**

El impacto del entorno en las consultas de Atención  
 Primaria  
 Boada Valmaseda A, Lapena Estella C, Borrás Gallart E,  
 Buil Ferrero C, Solanas Fabregas N, Lapena Estella A  
 ABS Sanllehy; ABS Guinardó. Barcelona. Cataluña  
 Correo electrónico: 30543abv@comb.cat  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.650>

## Tabaquismo

**//// ID 27**

Análisis de resultados dos años después de la puesta  
 en marcha de la Unidad de Deshabitación Tabáquica  
 en un centro de Atención Primaria  
 Ferre González A, Amil Buján P, Rubio Muñoz F,  
 Ferrer Vilarnau M, Caballer Turmo C, Ramos Caralt M  
 CAP Vila Vella. Sant Vicenç dels Horts (Barcelona). Cataluña  
 Correo electrónico: 936628663@terra.es  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.27>

**//// ID 69**

Antes del 2 de enero..., ¿podíamos elegir sin humo?

Villaverde Royo M, Sanjuán Domingo R, Callau Escuer J, Córdoba García R, Yague Sebastián M, López Alonso B

*CS Delicias Sur; UD de MFyC del Sector III. Zaragoza. Aragón*

Correo electrónico: vickyvillaverde@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.69>

**//// ID 107**

Evolución del peso en una consulta de deshabituación tabáquica

Martínez Iguaz S, Bartolomé Moreno C, Martínez Romero R, Albistur Lesmes I, Royo Chopo Y, Córdoba García R

*CS Hajar; UD de MFyC de Zaragoza I; CS Ejea; Hospital Royo*

*Villanova; CS Delicias Sur. Zaragoza. Aragón*

Correo electrónico: sumariz07@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.107>

**//// ID 173**

Intervención intensiva hacia el proceso de cambio en la deshabituación tabáquica

Pérez-Hervada Maestre M, Canadell Rusiñol J, García Bodoque E, Mayorga Baca M, Queijas Macías M, Villoro Armengol N

*CAP Besòs. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: mperezhermada@gencat.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.173>

**//// ID 178**

Impacto de la nueva Ley Antitabaco en el fumador Barranzuela Decoll P, Abadía Lasala E, Requejo Aliaga R, Núñez Mallada L, García Vera J, Gil Gómez P

*Hospital Lleuger de Cambrils. Cambrils (Tarragona). Cataluña*

Correo electrónico: patydecoll@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.178>

**//// ID 181**

Diferencias del consumo tabáquico entre mayores de 65 años en la consulta de Atención Primaria

Hermosa García A, Roca Navarro M, Campillos Gómez R, Molina Carrasco M, García García P, Losa Rodríguez G

*CS República Argentina. Valencia. Comunidad Valenciana*

Correo electrónico: guillermolr@comv.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.181>

**//// ID 182**

Grado de dependencia del hábito tabáquico en función de la edad de inicio

Hermosa García A, Losa Rodríguez G, Sánchez Salvador D, Martínez Pastor N, Jiménez Martínez A, Mora Rojo C

*CS República Argentina. Valencia. Comunidad Valenciana*

Correo electrónico: guillermolr@comv.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.182>

**//// ID 315**

Integrar el abordaje del tabaquismo en 5 minutos de consulta en Atención Primaria mediante un modelo organizativo médico/enfermería de un centro de salud urbano

Mayo Cabeza R, Ortiz Leal F, Valverde Domínguez M, Abad Sánchez A, Krag Jiménez M, Martínez Casanova M

*CS Fuengirola Oeste. Fuengirola (Málaga). Andalucía*

Correo electrónico: fortizl38@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.315>

**//// ID 448**

¿Quién deja de fumar y de qué depende?

Casals Felip R, Álvarez Fernández S, Parra Gallego O, Tarragó Espí M, Benavides Márquez F, Benítez Camps M

*CAP Río de Janeiro; CAP Gòtic. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: rosnet7@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.448>

**//// ID 543**

Intervención avanzada grupal con fumadores en un centro de salud

Ramírez Aliaga M, Gámez Ruíz F, Acero Guasch N, Muñoz Cobos F, García Garzón M, Ramírez Aliaga M

*CS El Palo; Servicio de Anestesiología del Hospital Virgen de la Victoria.*

*Málaga. Andalucía*

Correo electrónico: mariaram82@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.543>

**//// ID 653**

Tabaquismo abordable en nuestro centro de salud

Parra Gallego O, Casals Felip R, Álvarez Fernández S, Tarragó Espí P, Benavides Márquez F

*CAP Prosperitat-Río de Janeiro. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: rosnet7@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.653>

**Urgencias****//// ID 84**

Estudio descriptivo de los partes judiciales emitidos desde un servicio de urgencias de Atención Primaria

Sarlat Ribas M, Martínez Almagro G, Gracia Alonso P, Porta Meseguer I, Tortosa Franco de Sarabia B, Rubio Rubio L

*Centro de Urgencias Atención Primaria Manso. Barcelona. Cataluña*

Correo electrónico: sarlatribas@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.84>

**//// ID 140**

Plan hospitalario de reanimación cardiopulmonar Díaz Parejo P, Cuevas Paz J, Donoso Guisado I

*Hospital de Alta Resolución de Utrera. Utrera (Sevilla). Andalucía*

Correo electrónico: isaacsonoso@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.140>

**//// ID 152**

Urgencias extrahospitalarias en un centro de salud

Leal Salido R, Sigüenza González R

CS San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz). Andalucía

Correo electrónico: rocio.leal.salido@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.152>

**//// ID 176**

Encuesta de satisfacción en formación de RCP y DEA al personal de dos centros de salud  
Moreno Escribà S, Guarné Vidal E, Díaz Gallego F, Vistós Faja A, Fraga Fraga A, Pirretas Faus L

CAP Larrard. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: sonieta77@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.176>

**//// ID 195**

Demanda asistencial en menores de 20 años en un servicio de urgencias hospitalarias  
Begoña Fernández T, Lozano del Valle R, Estella García A

CS La Granja; CS San Benito; Hospital de Jerez de la Frontera.

Jerez de la Frontera (Cádiz). Andalucía

Correo electrónico: aramat\_@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.195>

**//// ID 234**

Organización de las revisiones diarias de la UVI móvil de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias

Gilabert García-Pelayo E, Palacio Millán S, Hernández Donoso M, Perestrello Salas R, Fuentes Vázquez F, Rodríguez González M

UGC DCCU Bahía de Cádiz. El Puerto de Santa María (Cádiz).

Andalucía

Correo electrónico: mamenhernandezdonoso@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.234>

**//// ID 256**

Estudio de las derivaciones de un servicio de urgencias extrahospitalario rural

Contín Pescacen M, Pérez Ciordia I, Guillermo Ruberte A, Berrade Goyena N, Garcés Resa J, Lafuente Larrañeta N

CS de Sangüesa. Navarra. Navarra

Correo electrónico: jjuliangarcés@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.256>

**//// ID 260**

Cuadro de mandos en un servicio de urgencias como herramienta de gestión. Análisis de 1 año de implantación

Crespo Palau C, Peña Capsir I, Ibiricu Barro A, Ríos Valles L, Doblado López O, Martín Quílez M

ABS Cambrils; Grup Sagessa. Cambrils (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: lrios@grupsagessa.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.260>

**//// ID 345**

La demanda por fallecimiento en un DCCU  
Gilabert García-Pelayo E, Palacios Millán S, Hernández Donoso M, Barberán Morales C, Fuentes Vázquez F, Perestrello Salas R

UGC DCCU Bahía de Cádiz. Puerto Santa María. Andalucía

Correo electrónico: mamenhernandezdonoso@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.345>

**//// ID 387**

Protocolo hospitalario sobre asistencia al traumatismo craneo-encefálico leve adaptado a su manejo en Atención Primaria

Blanco Torrecilla C, Diamanti M, Javierre Solís M, Garcés San José C

CS Almozara; Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Aragón

Correo electrónico: cristianblan@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.387>

**//// ID 410**

Demanda asistencial en mayores de 80 años en un servicio de urgencias hospitalarias  
Diosdado García P, Domínguez Sánchez P, Estella García A

CS La Granja; Hospital de Jerez. Jerez de la Frontera.

Andalucía

Correo electrónico: dr.diosdado@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.410>

**//// ID 420**

Disnea como motivo de consulta en urgencias  
Crespo Domínguez H, Cano Vázquez E, Estella A

SCCU Hospital de Jerez de la Frontera; CS San Benito.

Jerez de la Frontera (Cádiz). Andalucía

Correo electrónico: hermita22@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.420>

**//// ID 471**

Perfil del paciente en un servicio de urgencias extrahospitalarias

Naveira Seoane L, López Calviño B, Varela Suárez A, Pita Fernández S, Pértega Díaz S, Seoane Pillado M

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. A Coruña.

Galicia

Correo electrónico: salvador.pita.fernandez@sergas.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.471>

**//// ID 501**

Manejo del ojo rojo no doloroso en urgencias extrahospitalarias

Valencia Alvarado A, Aguilar Oñate N, Bolet Galindo R, Tibos F, Antoñano Fernández de Quincoces A, Martín Reyes M

Consultorio de Mijas Pubelo; CS Las Lagunas. Málaga. Andalucía

Correo electrónico: avadrm@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.501>

**//// ID 522**

Satisfacción y estrés laboral en enfermería en el área de urgencias

García Fraguera B, López Ramos M, Pita Fernández S, López Calviño B, Bello González E, Cribeiro González M

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. A Coruña. Galicia  
Correo electrónico: salvador.pita.fernandez@sergas.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.522>

**//// ID 572**

Pneumonia Severity Index: neumonías, ¿dónde las tratamos?

Andreu Calvete F, Sanjuán Domingo R, Villaverde Royo M, García Noain A, Vela Condón P, Grima Moliner J

CS Miralbuena. Zaragoza. Aragón  
Correo electrónico: sanjuanraquel@hotmail.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.572>

**//// ID 620**

Atención al paciente detenido

De Magrinyà Claramunt J, Sabaté Lissner D, Castellari P, Escrivà Aguila M, Estévez Fernández N, Vicente Aisa V

Centro de Urgencias de Atención Continuada del CAP Sant Pere. Reus (Tarragona). Cataluña

Correo electrónico: loslidavid@yahoo.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.620>

**//// ID 668**

Análisis de la mortalidad en un servicio de urgencias como indicador de calidad

Huaripoma Concha C, Gómez Bravo R, Calderón Llosa Ó, Rivera Núñez A, Quintana Díaz M, Martínez Virto A

Urgencias del Hospital Universitario La Paz. Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: raquelgomezbravo@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.668>

**//// ID 763**

Características clínicas de los asmáticos atendidos en un centro de urgencias de referencia en Atención Primaria

Bellido Casado J, Jarca C, Del Val J, Martínez Alvargo G, Carreras J, Zamora L

Centro de Urgencias de Atención Primaria Manso; SAP Esquerre; Unitat de Suport a la Recerca del Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: carmenyoana@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.763>

**Vacunas****//// ID 67**

Aumento de cobertura vacunal de gripe en mayores de 60 años (Catch-up). Estudio de negativas

María Tablado M, Montejo Martínez C, Palomar Saiz S, López dos Reis G

CS Los Fresnos. Torrejón de Ardoz (Madrid). Comunidad de Madrid  
Correo electrónico: docencialosfresnos@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.67>

**//// ID 235**

A propósito de un caso: revisión de vacuna contra el virus del sarampión

Cortés Espejo R, Iglesias Rodríguez I, Vides Batanero M, Lafebre S, Expósito Távora A, Carretero Matas M

CS Albaicín. Granada. Andalucía

Correo electrónico: ropo84@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.235>

**//// ID 429**

¿Está correctamente vacunada de TD como profilaxis postexposición la población

de un área básica de salud urbana?

García Muñoz E, González Platas E, Ollé Roig E, Santiago Fernández L, García Díaz AM, Pérez Zamora S

CAP Sagrada Família. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: laura.santiago@sanitatintegral.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.429>

**//// ID 499**

Realizamos vacunaciones en pacientes inmunodeprimidos

Vargas E, Espina A, Vilalta A, Alcaide M, Valls R, García C

Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: rvalls@cst.cat

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.499>

**Validación de estudios****//// ID 33**

Presencia de los médicos de Atención Primaria en los comités de ética en investigación clínica

María Tablado M, Montejo Martínez C

CS Los Fresnos. Torrejón de Ardoz (Madrid). Comunidad de Madrid

Correo electrónico: docencialosfresnos@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.33>

**//// ID 159**

Experiencia de un grupo de enfermería en la validación de una encuesta de satisfacción de Atención Primaria

Benachi Sandoval N, Colungo Francia C, González Martínez S, Porcar León S, Ruiz Arco R, Hormigo Castelló G

Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: nbenachi@clinic.ub.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.159>

**//// ID 646**

Validación de un cuestionario para evaluar las habilidades de comunicación en el contexto de una prueba ECOE

Sastre Paz M, Zarco Montejo J

Universidad Complutense de Madrid. Comunidad de Madrid

Correo electrónico: martasastrepaz@yahoo.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.646>

## Violencia doméstica

### //// ID 71

Implantación de un programa de detección de violencia de género en Atención Primaria

Llevet Planas M, Fraga Fraga A, Rivas Zuazo S, Florensa Rex M, Díaz Gallego F, Rus Fernández M

CAP Larrard. Barcelona. Cataluña

Correo electrónico: [fdiaz@caplarrard.net](mailto:fdiaz@caplarrard.net)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.71>

### //// ID 276

Violencia de género, ¿se detecta en Atención Primaria?

Oller Arcas E, Gómez Saldaña A, Montella Jordana N, Villar Garrido I, Marte Ramírez P

EAP Llefia. Badalona (Barcelona). Cataluña

Correo electrónico: [eva\\_oller\\_arcas@hotmail.com](mailto:eva_oller_arcas@hotmail.com)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3298/Pulso.ed.Cong.SEMFYC.2011.Abst.276>

## Información adicional sobre actividades científicas / Premios

### Asistencia a actividades científicas y normas de inscripción a talleres

El 31.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, actividades semFYC, encuentros con expertos y otras actividades.

Al ser actividades de acceso libre están 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, talleres del foro de investigación y talleres informáticos 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 la Comisión de Formación Continua de las Profesionales Sanitarias de Aragón.

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 de acceso libre, es necesario asistir al 80% de la duración total de la actividad.

En el caso de las actividades con inscripción previa (talleres), es necesario asistir a la totalidad del taller (100% duración total) y firmar la hoja de inscripción, que se debe entregar al acceder a la sala.

### Normas de inscripción a talleres

(Talleres de habilidades, talleres informáticos, talleres del aula docente y talleres del foro de investigación)

- La inscripción debía hacerse únicamente a través de la página web: [www.semfy.com/zaragoza2011](http://www.semfy.com/zaragoza2011), entre el 19 de abril y el 26 de mayo de 2011.
- Para inscribirse a los talleres era IMPRESCINDIBLE estar previamente inscrito al congreso.
- Las plazas a los talleres son LIMITADAS. Para cada congresista sólo era posible inscribirse a:
  - 1 taller del Bloque 1 (Talleres de habilidades).
  - 1 taller del Bloque 2 (Talleres del aula docente, talleres del foro de investigación y talleres informáticos).
  - 1 taller del Bloque 3 (Taller Drumteam. Un equipo de salud con ritmo: actividad rítmico-emocional).
  - 1 taller del Bloque 4 (Otras actividades).

- También, y mediante la web, el sistema permitía cancelar la inscripción al taller e inscribirse de nuevo a otro.
- Una vez finalizado el plazo de inscripción a talleres (a partir del 27 de mayo) sólo es posible la inscripción, a los talleres con plazas disponibles, en el mostrador de talleres de la sede del Congreso (Auditorio de Zaragoza - C/ Eduardo Ibarra, 3 • 50009 Zaragoza).
- A partir del 27 de mayo, el congresista inscrito a talleres deberá imprimir la carta de confirmación que está 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 DE ANTELACIÓN a la hora de inicio. La no comparecencia en ese plazo de tiempo conlleva la PÉRDIDA del derecho de asistencia. Las plazas que por este motivo resulten vacantes, serán cubiertas por los congresistas en lista de espera, que deberán disponer del correspondiente documento de lista de espera (que les será facilitado por la azafata de la sala correspondiente) y entregarlo al acceder a la sala.

### Normas de inscripción al aula docente

Los congresistas con cuota «con almuerzo» que se inscriban a las actividades de aula docente (mesas) tendrán incluido también el almuerzo del miércoles 8 de junio.

Para inscribirse a los talleres del aula docente, ver el apartado «Normas de inscripción a talleres».

### Comunicaciones

En el 31.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.semfy.com/zaragoza2011](http://www.semfy.com/zaragoza2011)

### 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 (3 minutos). Así pues, el tiempo total para cada comunicación oral será de 10 minutos (7' para la presentación + 3' para preguntas y debate). El orden de presentación de las comunicaciones es el que aparece en el programa.

Los certificados de las comunicaciones serán entregados 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

Los pósteres aceptados se presentarán en formato de póster electrónico. Éstos se exhibirán en pantallas de plasma táctiles, que se instalarán en el espacio reservado para su exposición (Sala Hipóstila – Auditorio de Zaragoza)

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 2 horas de duración. Durante la sesión, uno de los autores deberá exponer y comentar el trabajo. Tras una breve exposición se permitirá el debate entre todos los asistentes. Para poder preparar esta actividad se le enviarán los resúmenes de todos los autores que participen en el debate.

Los certificados de las comunicaciones con defensa serán entregados por el moderador de la sesión al finalizar ésta.

Los certificados de las comunicaciones sin defensa se podrán recoger en el mostrador de la zona de paneles el viernes 10 de junio, de 10.00 a 18.00 h.

En ambos casos, 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 18 de mayo de 2011.
- 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 31.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 entregarán los siguientes premios en el marco del congreso:

- Premio «Institución Sin Humo 2011» al F.C. Barcelona por su apuesta por espacios deportivos abiertos libres de humo. La recogida del premio será a cargo del Dr. Ricard Pruna, médico del equipo e impulsor de la medida.
- 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.
- Becas de investigación Isabel Fernández para tesis doctorales (3 becas). Consultar en [www.semfyce.es/es/informativo/convocatorias\\_investigacion/](http://www.semfyce.es/es/informativo/convocatorias_investigacion/)

### Entrega de premios

Viernes, 10 de junio / 17.30-18.00 h

Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Mozart

# Actividades semFYC

## PRESENTACIÓN 1

### Presentación EPOC. Reto en EPOC

Viernes, 10 de junio / 13.00-14.00 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 11

#### Ponentes:

**Jesús Molina París**

*Coordinador GdT Enfermedades Respiratorias de la semFYC.*

**Eduardo Calvo Corbella**

*Médico de familia. CS Universitario Pozuelo de Alarcón, Madrid.  
Miembro GdT Enfermedades Respiratorias de la semFYC.*

Proyecto patrocinado por: **Novartis**

## PRESENTACIÓN 2

### La relación actual del paciente pluripatológico con el médico de familia

Viernes, 10 de junio / 15.30-16.30 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 11

#### Ponentes:

**Antonio Bermejo Morales**

*Director General Amber Marketing Research.*

**Ángel Amat**

*CEO Amber Marketing Research.*

#### Resumen

El paciente pluripatológico es un paciente con múltiples problemas de salud y, por tanto, frecuente mucho la consulta de su médico de familia. Esto provoca una relación no siempre fácil entre médico y paciente. La ponencia analiza los modelos de relación que pueden establecerse entre ambos, desde el punto de vista tanto del médico como del paciente, y establece algunas reflexiones sobre las claves para desarrollar una relación médico-paciente constructiva y eficaz.

Estudio patrocinado por: **Novartis**

## PRESENTACIÓN 3

### Evaluación de la salud cardiovascular y conductas preventivas de los médicos de Atención Primaria en España: estudio CHABS

Viernes, 10 de junio / 16.30-17.30 h  
Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 11

#### Ponentes y contenido:

1. La salud de los médicos de familia en el ámbito del Sistema Nacional de Salud en España

**José Ramón Banegas Banegas**

*Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid.*

2. Control, prácticas preventivas, grado de coherencia de los médicos y entorno sociosanitario

**José María Lobos Bejarano**

*Médico de familia. Área 1 de Atención Primaria de Madrid. Coordinador del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC.*

Estudio patrocinado por: **Novartis**

## ASAMBLEA

### Asamblea de compromisarios / socios semFYC

Jueves, 9 de junio / Hora de inicio: 17.30 h

Salón de Actos. Cámara de Comercio de Zaragoza (Paseo Isabel la Católica, 2 - 50009 Zaragoza).

Ubicado detrás del Auditorio-Palacio de Congresos de Zaragoza.

## REUNIONES

- Junta Permanente semFYC
- Junta Directiva semFYC

# VIII Jornadas Nacionales de Medicina de Familia y Comunitaria para Estudiantes de Medicina

Con la colaboración de:



Cátedra UNIZAR-Novartis de Docencia e Investigación en Medicina de Familia

MIÉRCOLES, 8 DE JUNIO

## MESA INAUGURAL

### Medicina de Familia y Universidad

Hora: 09.00-11.30 h

Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Luis Galve

#### Moderadora:

**Verónica Casado Vicente**

*Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Vicepresidenta del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.*

**Introducción:** *Situación de la Medicina de Familia y su papel en la universidad a nivel internacional*

**Prof. Richard Roberts**

*Profesor del Departamento de Medicina Familiar, Universidad de Wisconsin. Presidente electo de Wonca.*

#### Ponentes:

**Prof. Joaquín García-Estañ López**

*Presidente de la Conferencia Nacional de Decanos de Medicina.*

**Prof. Jaime Correia de Sousa**

*Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Minho. Portugal*

**Prof. Francisco Javier Castillo García**

*Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza.*

**Prof. Ernesto Fabre González**

*Presidente de la Comisión de Garantía de Calidad del Grado en Medicina, Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza.*

**Prof. Pascual Solanas Saura**

*Jefe de estudios de la Facultad de Medicina de la Universitat de Girona.*

## TALLERES SIMULTÁNEOS

### Taller 1. Reanimación cardiopulmonar

Hora: 12.00-14.00 h

Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 6

#### Docente:

**Mónica Lasheras Barrio**

*R4 de MFyC del Sector II. CS San Pablo. Zaragoza.*

### Taller 2. Terapia de resolución de problemas

Hora: 12.00-14.00 h

Auditorio de Zaragoza. Planta -1 / Sala 8

#### Docente:

**Javier García Campayo**

*Psiquiatra. Hospital Miguel Servet. Profesor asociado a la Universidad de Zaragoza.*

## CONFERENCIA DE CLAUSURA

Hora: 14.00-14.30 h

Auditorio de Zaragoza. Planta baja / Sala Luis Galve

#### Prof. Richard Roberts

*Profesor del Departamento de Medicina Familiar, Universidad de Wisconsin. Presidente electo de Wonca.*

# III Congreso Subregional de la Península Ibérica de la Región Wonca Iberoamericana-CIMF

VIERNES, 10 DE JUNIO

## MESA 1

### ¿Somos solidarios los médicos de familia? Experiencias de cooperación semFYC

Hora: 09.30-11.30 h

Hotel Romareda. Planta -1 / Salón Bruselas

#### Moderador:

**Jesús Sepúlveda Muñoz**

*Médico de familia. Director UGC Alameda Perchel. Málaga. Coordinador GdT 3.º y 4.º Mundo de la semFYC.*

#### Ponentes y contenido:

1. Proyecto de desarrollo y mejora de Atención Primaria en la Wilaya de Dajla, campamentos de refugiados Saharauis en la región de Tinduf, Argelia  
**Diego Antonio Fernández Rodríguez**

*Coordinador del proyecto. Asociación Granadina de Amistad con la República Árabe Saharaui Democrática.*

2. Apoyo a la red primaria de salud de Morrumbala. Fortalecimiento del CS de Derre y Chire Munire, Distrito de Morrumbala

**Francisco Beneyto Castelló**

*Médico de familia. CS de Manises. Valencia. Diplomado en Podología. Coordinador del GdT Cirugía Menor de la SVMFiC. Miembro del GdT Cirugía Menor de la semFYC. Responsable del Programa de Cirugía Menor del Área 6 de Valencia. Director y profesor de diversas ediciones de cursos de Cirugía Menor de semFYC, SVMFiC, EVES, etc.*

3. Consolidación de la red sanitaria rural en el Distrito de Anantapur, Andhra Pradesh, India.

**Fundación Vicente Ferrer**

**Ethel Sequeira Aymar**

*Médico de familia. CAPSE Casanova. Barcelona. Coordinadora Sanitaria de la Fundación Vicente Ferrer (2004-2007). Responsable médico del Programa VIH-sida FVF 2007-2008. Miembro del GdT COCOOPSI y del GdT Adolescència i Salut de la CAMFiC. Miembro del GdT 3.º y 4.º Mundo de la semFYC.*

#### Resumen

Dentro del perfil del médico de familia (MF) destaca como elemento esencial el humanismo como valor. El MF no debe estar ajeno a los problemas de índole mundial (carencias, guerras, catástrofes, etc.) que a todos nos preocupan. Por otro lado, su perfil hace del MF un profesional con un papel importante en todas estas situaciones de necesidad (actividades preventivas, asistencia sanitaria básica o en situaciones de emergencia, etc.). De hecho, existen muchos profesionales dentro de nuestra especialidad que han realizado labores humanitarias, las realizan en la actualidad o las compatibilizan de forma intermitente con su práctica diaria. Además, en cada una de nuestras ciudades, existen muchos centros de salud que desarrollan su labor en zonas de trans-

formación social, con un nivel de marginalidad importante y problemas propios y difíciles de abordar.

Relacionarlos entre ellos y crear una red de centros de zonas marginales o de transformación social puede ayudarnos a mejorar el trabajo de nuestros compañeros y redirigir los esfuerzos desde nuestra organización para aumentar los esfuerzos en la población que más la necesita.

## MESA 2

### Mesa de autogestión

Hora: 12.00-14.00 h

Hotel Romareda. Planta -1 / Salón Bruselas

#### Moderador:

**Juan Carlos Palacín Arbués**

*Médico de familia. Servicio de Oferta Sanitaria, Formación y URM. Dirección General de Planificación y Aseguramiento. Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón.*

#### Ponentes y contenido:

1. Experiencias de autogestión en la Atención Primaria de Cataluña

**Albert Casasa Plana**

*Médico de familia. EAP Sardenya. Barcelona. Tutor y coordinador docente de EAP Sardenya.*

2. Autogestión. Visión desde Andalucía

**Juan de Dios Alcántara Bellón**

*Médico de familia. CS Luis Taracido. Bollullos Par del Condado (Huelva). Doctor en Medicina y Cirugía. Director de la Unidad de Gestión Clínica Docente. Miembro del GdT sobre Modelo de Gestión Clínica de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud.*

3. Autonomía de gestión. Una propuesta de la semFYC

**Josep Maria Coll Benejam**

*Médico de familia. CS Verge del Toro. Maó (Menorca). Tutor docente y coordinador de la Unitat de Qualitat de Atenció Primària. Coordinador del documento Autonomía de Gestión de la semFYC.*

4. Reforma de la Atención Primaria en Portugal 2005-2011

**Vitor Ramos**

*Médico de familia. Unidad de Salud Familiar (USF) Marginal, S. João do Estoril (ACES de Cascais), Portugal. Profesor invitado de la Escola Nacional de Saúde Pública – UNL (Lisboa).*

### Experiencias de autogestión en la Atención Primaria de Cataluña

**A. Casasa Plana**

Han pasado más de 15 años desde la puesta en funcionamiento de la primera experiencia en autogestión en Catalunya. Se trata de las entidades de base asociativa (EBA). Diez EBA han sido adjudicatarias de concurso público para proveer la Atención Primaria para el Sistema Público de Salud. Actualmente, las EBA gestionan 12 áreas básicas de salud y atienden a más de 250.000 personas. La característica diferencial de las EBA es la propiedad de los profesionales, que gozan de mayor autonomía profesional asumiendo un máximo riesgo para cumplir el contrato con la administración.

Posteriormente, otras entidades proveedoras del Sistema Público de Salud, particularmente el ICS ha realizado experiencias de autonomía de gestión de los centros.

Una encuesta realizada en el marco del Plan de Innovación sugiere que la mayoría de profesionales desearían trabajar en un marco de mayor autogestión aunque asumiendo diferentes riesgos.

Los datos que podemos poner sobre la mesa sobre satisfacción de los profesionales, satisfacción de los usuarios, *benchmarking*, gasto en farmacia y eficiencia, nos sugieren que la autonomía de gestión de los profesionales es una alternativa a considerar para la Atención Primaria de Salud.

---

### Autogestión. Visión desde Andalucía

J.D. Alcántara Bellón

La descentralización de la toma de decisiones en los centros de salud persigue mejorar la gestión de los recursos, acercándola a su ámbito de actuación, para obtener mejores resultados. El médico de familia es el que decide principalmente sobre la utilización de recursos y, por lo tanto, es el principal gestor. Se trata de poner a su disposición un espacio de decisión que nos permita, dentro de los objetivos y pautas generales marcados por la organización, sentirnos parte de ésta, alineando los objetivos de gestores y de los profesionales.

El objetivo es asumir la dirección de la oferta de servicios, promover la organización más eficiente del equipo y lograr una mejor coordinación con los recursos sanitarios y sociales del entorno. La autogestión supone otorgar a los médicos de familia la responsabilidad sanitaria y social que nos corresponda según la capacidad de responsabilidad demostrada.

Esta filosofía define lo que en la Comunidad Autónoma de Andalucía se entiende como «gestión clínica» que, en definitiva, traduce un nuevo modelo organizativo en el que el protagonismo recae sobre el profesional, de forma que éste se compromete a unos objetivos, dispone de la información necesaria para el seguimiento y evaluación de éstos, tiene capacidad de gestión real sobre los recursos necesarios para alcanzarlos y adquiere un compromiso con la organización dirigido a la mejora continua de la calidad en la prestación de los servicios sanitarios y a la satisfacción de los usuarios. Es la herramienta organizativa para desarrollar y desplegar las estrategias de los «objetivos institucionales», que se desarrolla en un escenario de corresponsabilidad en el que se implanta de manera cauta y progresiva una mayor autonomía en la gestión, con riesgos compartidos y responsabilidades explícitas. El nivel de autonomía organizativa ha de vincularse a la capacidad real de responsabilización del equipo implicado. En definitiva, en esta mesa expondremos las últimas líneas de avance propuestas por el Servicio Andaluz de Salud, que se encuentran en distintos grados de desarrollo.

---

### Autonomía de gestión. Una propuesta de la semFYC

J.M. Coll Benejam

En las pasadas Jornadas de Primavera de la semFYC, celebradas el día 1 de abril en Toledo, se creó un grupo de trabajo

para elaborar una propuesta en la implantación de un modelo de autonomía de gestión en la Atención Primaria. El grupo estaba formado por miembros de la Junta Directiva<sup>1</sup> representantes de las Sociedades Federadas de la semFYC<sup>2</sup>, de la SEDAP<sup>3</sup> y la ACEBA<sup>4</sup>. Se trabajó bajo tres premisas: 1) necesidad de implantar un modelo de autonomía de gestión; 2) análisis de las experiencias o proyectos actuales existentes en nuestro país; 3) proponer un modelo de autonomía de gestión factible y asumible en el actual Sistema Nacional de Salud.

En esta ponencia se presentan las principales conclusiones del grupo de trabajo y que van a constituir la base para la elaboración del documento de autonomía de gestión de la semFYC.

#### NOTAS:

1. Ana Pastor Rodríguez-Moñino, Domingo Orozco Beltrán, Pascual Solanas Saura y Mercè Marzo Castillejo.
2. Jaime González Rey (Sociedad Gallega de MFyC), Jordi Daniel Díez (Sociedad Catalana de MFyC), Juan de Dios Alcántara (Sociedad Andaluza de MFyC), María Teresa Martínez Ibáñez (Sociedad Canaria de MFyC), Pedro Rubio Núñez (Sociedad Extremeña de MFyC), María Fernández García (Sociedad Madrileña de MFyC), Rafael Martínez de la Eranueva (Sociedad Vasca de MFyC), Cruz Bartolomé (Sociedad Aragonesa de MFyC), José Manuel Soler Torró (Sociedad Valenciana de MFyC), Miguel Ángel Díez García (Sociedad Castellana y Leonesa de MFyC) y Txema Coll Benejam (Sociedad Balear de MFyC).
3. Marta Aguilera Guzmán (Presidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria).
4. Jaume Sellarès Sallas (Presidente de la Asociación Catalana de Entidades de Base Asociativa).

---

### Reforma de la Atención Primaria en Portugal 2005-2011

V. Ramos

#### *El valor de los equipos de salud familiar (un abordaje de micro-auto-gestión regulada)*

La reforma de la Atención Primaria en Portugal, en el período 2005-2011, se caracteriza por la reorganización de una estructura jerárquica y piramidal clásica en una estructura en red descentralizada de equipos multiprofesionales organizadas en cinco tipos de unidades funcionales con misión y objetivos distintos, pero complementarias. La totalidad de cada red de unidades da cuerpo a una agrupación de centros de salud, *agrupamento de centros de saúde* (ACES), que tiene órganos y servicios de gobernación clínica y de gestión comunes a todas las unidades. De las unidades funcionales se destacan, por su carácter pionero, las unidades de salud familiar (USF), en particular su subtipo B, que sigue un modelo de micro-auto-gestión regulada, con autonomía, monitorización, evaluación de performance y consecuencias (retributivas para los profesionales y con incentivos institucionales para la unidad).

Se presentan los principales aspectos y los primeros resultados de esta experiencia.

# III Congreso semFYC Second Life de Medicina de Familia y Comunitaria

## Comité Organizador

Silvia Clemente Jiménez  
Inmaculada García García  
Sara Guillén Lorente  
M.<sup>a</sup> Ángeles Marco Aguado  
José Antonio Prados Castillejo

## Comité Científico

Cruz Bartolomé Moreno  
Ana Belén Esteban Gimeno  
Pilar Gargallo Gómez  
Carlos López Félez  
Marta Sánchez-Celaya del Pozo

## Presentación

Este año, nuestro congreso presenta una nueva edición en el entorno virtual **Second Life**. De esta forma, pretendemos seguir innovando, y ofrecemos, un año más, nuestros servicios en este mundo virtual. La **Isla de la Salud** fue creada hace tres años, junto con la Coalición de Ciudadanos con enfermedades crónicas y las instalaciones **semFYC Second Life (SSL)**.

Así se pretende facilitar el acceso al conocimiento a aquellos compañeros que no pueden desplazarse por cualquier motivo (laboral o personal) a nuestra Sede y posibilitar que, tanto ellos como cualquier médico de familia a nivel internacional, puedan aportar sus experiencias (con comunicaciones en forma de póster) sin desplazarse de sus domicilios o respectivos países.

Aquí se podrá obtener información sobre el Congreso, ver las mejores comunicaciones y los diferentes pósters, realizar varias actividades (los días y horarios se pueden consultar en SSL en los días previos al Congreso).

Confiamos en que esta forma de comunicación nos ayude a gestionar mejor el conocimiento relacionado con la medicina familiar mejorando la accesibilidad al mismo desde o hacia cualquier entorno y aumentando por tanto el ámbito de difusión de nuestros congresos.

Puedes conseguir más información sobre **Second Life** en [www.secondlife.com](http://www.secondlife.com) o en [www.secondlifespain.com](http://www.secondlifespain.com), y sobre cómo acceder a SSL descargándote el siguiente documento: **Cómo comenzar en Second Life**

Si ya te has iniciado en este mundo virtual y tienes creado ya el avatar con el que puedes navegar, puedes acceder directamente a la **Isla de la Salud** en la siguiente SLURL: <http://slurl.com/secondlife/Semfyc%20Island/182/95/35>

## Actividades

**Lugar:** Auditorio descubierto, Isla de la Salud  
Estas actividades tendrán lugar exclusivamente en el entorno virtual **semFYC Second Life (SSL)**, no en la sede del Congreso.

### TALLERES

## Radiología en Atención Primaria

Lunes, 6 de junio / 14.00 h

### Docente:

Francisco Sendra Portero

Especialista en Radiodiagnóstico. Laboratorio de Radiología Digital y Educación Electrónica de la Universidad de Málaga.

## Factor de impacto y publicaciones en la red

Martes, 7 de junio / 14.00 h

### Docente:

Yolanda López del Hoyo

Licenciada en Psicología. Doctora en Psicología. Universidad de Zaragoza.

### Contenido

Conocer en profundidad en qué consiste el factor de impacto de las publicaciones científicas y cómo se consulta, con el objetivo de maximizar el impacto de nuestros artículos científicos. Conocer las herramientas para poder publicar en revistas electrónicas.

## La fotografía médica, su manejo en presentaciones, publicaciones y docencia

Miércoles, 8 de junio / 14.00 h

### Docente:

Eduardo González Marín

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

### Contenido

La imagen y la fotografía están omnipresentes en casi todas las situaciones de nuestra vida, tanto en el ocio como en la profesional. En este último ámbito y como profesionales de la salud nos surgirá más de una ocasión de tener que hacer uso de ellas con diferentes finalidades. En esta charla vamos a referirnos a la realización, producción y manejo de fotografías según su finalidad a la que la destinaremos, repasaremos técnicas, procedimientos y, especialmente, consejos prácticos para hacer un uso correcto y eficiente de la fotografía en Medicina.

- Cómo hacer bien una fotografía.
- Manejo y uso de la fotografía digital.
- Gestión y conservación de fotografías digitales.

## La creatividad como herramienta de toma de decisiones

Jueves, 9 de junio / 14.00 h

### Docentes:

José Antonio Prados Castillejo

Médico de familia. CS Lucano. Córdoba. Doctor en Medicina. Promotor del grupo Esfera para la formación e investigación en **Second Life**. Profesor del Programa Comunicación y Salud de la **semFYC**, de la Fundación **Avedis Donavedian**, **Iavante** y **EASP**.

Nieves Barragán Brun

Médico de familia. EBA Vallcarca-Sant Gervasi. Barcelona.

### DEBATE

## ¿Consultas virtuales?

Viernes, 10 de junio / 14.00 h

### Ponentes:

José Antonio Prados Castillejo

Médico de familia. CS Lucano. Córdoba. Doctor en Medicina. Promotor del grupo Esfera para la formación e investigación en **Second Life**. Profesor del Programa Comunicación y Salud de la **semFYC**, de la Fundación **Avedis Donavedian**, **Iavante** y **EASP**.

Albano Cruz Zúñiga

Administrador de la Isla de la Salud.

José Francisco Ávila de Tomas

Médico de familia. CS Santa Isabel. Distrito Sur del SERMAS. Madrid. Vocal de Nuevas Tecnologías SoMaMFyC. Comunity Manager.

## Actividad con la población

La semFYC y la SAMFYC desde hace años llevamos años apostando por las actividades de promoción de la salud y estilos de vida saludables. En los eventos organizados a nivel estatal o de cada comunidad autónoma venimos reservando para algunas actividades de promoción de la salud con la población.

Este año, en el 31.º Congreso de la semFYC en Zaragoza hemos diseñado una actividad para escolares zaragozanos para promocionar hábitos saludables alimenticios y de ejercicio físico. La salud y el bienestar, presentes y futuros, de la población en edad escolar están profundamente condicionados por el tipo de alimentación recibida y el mantenimiento de un peso saludable. Como apunta la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su iniciativa global de salud en la escuela, el centro educativo es un espacio significativo para la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos sobre salud y nutrición por la cantidad de tiempo que permanecen los niños y niñas en él y puede convertirse en uno de los pilares básicos en la prevención de la obesidad, incidiendo sobre la modificación de los hábitos alimentarios inadecuados que están instalándose en la sociedad actual.

La semFYC es consciente de que la Atención Primaria de Salud es uno de los mejores escenarios del servicio sanitario para las actividades de promoción de la salud en relación con el ejercicio físico y la alimentación y de que se deben apoyar las iniciativas de las Direcciones de Salud Pública y Consejerías de Salud. Por ellos, estas actividades dirigidas a la población quieren ser útiles tanto para las redes comunitarias locales que puedan aprovecharlas, como para los médicos de familia u otros profesionales de Atención Primaria asistentes al Congreso para que descubran, vean una actividad poblacional de promoción de la salud que les recuerde la vertiente comunitaria de su actividad cotidiana.

A la par que se realiza esta actividad aprovecharemos para presentar en el congreso la Estrategia PASEAR en la que SAMFYC ha participado.



La Estrategia PASEAR: Promoción de Alimentación y Actividad Física Saludable en Aragón, es la definición de un nuevo proyecto que quiere reducir los índices de sobrepeso, la obesidad y, sobre todo, fomentar la alimentación sana y el deporte en la Comunidad.

Se dará a conocer este programa que se pondrá en marcha en este 2011 y que contempla actuaciones hasta 2016, atendiendo todas ellas a las recomendaciones de la Estrategia Europea de 2007 y la Estrategia NAOS, y proponiendo un decálogo básico con el que promover la actividad física, incorporar hábitos diarios de práctica de ejercicio físico suave y moderado, evitar el sedentarismo y promover la vida social activa, mantener la dieta mediterránea con cocina tradicional y productos frescos, reducir el consumo de alimentos muy energéticos, beber mucha agua y facilitar información sobre nutrición a todos los ciudadanos.

Es una iniciativa que trabajará en varios ámbitos como el comunicativo, el educativo, el sanitario, el laboral y el empresarial, intentando así llegar a toda la población.

### Actividad poblacional de promoción de la salud

Miércoles, 8 de junio de 2011 / 09.30-12.30 h  
Parque Grande (enfrente de la Cámara de Comercio de Zaragoza)

#### Objetivo general de la actividad

Promoción de los hábitos saludables y estilos de vida sana de alimentación y ejercicio entre la población escolar de Zaragoza.

#### A quién va dirigida

Actividad dirigida a la población escolar de la red de Escuelas Promotoras de Salud de la ciudad de Zaragoza donde se celebra el congreso anual de la semFYC.

La actividad se desarrollará al aire libre en la plaza pública situada junto al Auditorio de Congresos el día 8 de junio de 2011. Se invitará a participar a colegios de la Red de Escuelas Promotoras de Salud de la ciudad. Se celebrará en horario de mañana y está pensada para que puedan participar 225 escolares.

La convocatoria a la actividad se hará en colaboración con la Dirección General de Salud Pública.

A través de diversos talleres, los grupos de escolares acompañados por profesores del centro, participarán durante 1 hora en tres actividades sobre alimentación y ejercicio físico.

Cada taller durará 20 minutos. A los colegios que participen en la actividad se les planteará un trabajo en el aula sobre hábitos saludables con materiales de Salud Pública y podrán llevarse a su colegio una muestra de lo trabajado en los mismos.

#### Descripción de los talleres

- Taller 1. Alimentación sana (desayuno y merienda sana)
- Taller 2. Pirámide alimenticia
- Taller 3. Ejercicio

#### Organizadores:

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria



Sociedad Aragonesa de Medicina Familiar y Comunitaria



#### Colaboradores:

- CAI - Caja de Ahorros de la Inmaculada de Aragón
- La Ciclería
- Denominación de Origen Jamón de Teruel
- Dirección General de Salud Pública
- El obrador de ideas
- Recicleta
- Red de Escuelas Promotoras de Aragón
- La Veloz Ciclomensajeros

**TALLER 1**

Te presento al señor Pan, amigo  
del señor Jamón:  
Toco, huelo, pruebo el pan.  
¡Cuántos tipos hay!

A través de esta actividad los niños abordarán el lavado de manos, y con un sencillo taller de elaboración de bocadillos de jamón o queso se trabajarán los desayunos y meriendas sanas. Los niños recibirán información sobre el pan y descubrirán y conocerán cómo se elabora el pan y los diferentes tipos de harinas, maicenas, trigo sarraceno, trigo, etc. Diferenciarán de las masas con y sin gluten, tocarán diferentes masas y degustarán los diferentes tipos de pan. Así mismo, cada niño elaborará un bocadillo de jamón serrano y se reforzará lo importante de la merienda y almuerzo sano.

La actividad será realizada bajo una carpa para evitar las inclemencias del tiempo y poder colgar, en las paredes de la misma, cartelera informativa que facilite la explicación del contenido de esta. En esta actividad se contará con un lavabo portátil para subrayar la importancia de la higiene en la manipulación de los alimentos.

La actividad tiene como objetivo el acercamiento de los niños al pan de barra u hogaza con la él testeó de las diferentes masas conseguiremos interesar al menor en algo que en muchos casos rechaza por comodidad o desconocimiento. El hecho de que el ejercicio suponga un conocimiento más preciso del mundo del pan y sus diferentes formas y composiciones es un plus interesante que le animara a aficionarse a su consumo. Añadiendo el jamón serrano como proteína conseguimos una estupenda y muy nutritiva merienda que degustaremos.

Duración de la actividad aproximada: 30 minutos

**TALLER 2**

No te dejes ni un ladrillo de esta pirámide  
llena de secretos

Construyendo nuestra pirámide de protección para tener a tope nuestras defensas y mantener el cuerpo ágil y sano para crecer felices.

Si es posible, la actividad se realizará bajo una carpa para evitar las inclemencias del tiempo y poder colgar, en las paredes de la misma, cartelera informativa que facilite la explicación del contenido de ésta.

Esta actividad consta de un paso previo que se realizará como preparación en las aulas de cada colegio. Se pasará a los docentes una comunicación acompañada de una muestra de la pirámide tridimensional que se hará en el taller, y se les indicará que deben recoger en casa envoltorios de alimentos, cajas de pasta, de huevos, botellas de aceite, todo lo que pueda representar cada parte de la pirámide y aportaremos material del SARES para trabajar en el aula la pirámide alimenticia. Daremos algunas sugerencias pero incitaremos a los alumnos a usar su imaginación para que piensen cómo representar en tres dimensiones los distintos grupos de alimentos.

El objetivo de esta actividad es la comprensión-visualización de la importancia de cada grupo alimentario. Tratando de familiarizar a los menores con ellos. Resaltando la diferencia entre lo que nos llama más la atención y lo que realmente nuestro cuerpo necesita para construir la base de una buena salud.

Cada grupo podrá llevarse la pirámide que elaboren a su centro educativo.

Duración aproximada de la actividad: 15 minutos.

**TALLER 3**

Circuito de habilidad en bicicleta

A través de una actividad lúdico-educativa consistente en un circuito de obstáculos de sentido único y obligatorio donde los participantes deben superar pruebas de habilidad (subidas, bajadas, balancines, caminos estrechos, baches, túnel, etc.) se abordará la importancia del ejercicio físico. Se montará un circuito en la plaza del Auditorio adaptado a las características de los usuarios. La actividad está pensada para que los participantes desarrollen su dominio sobre la bicicleta pasando una jornada divertida con bici que incluye el circuito, e interactuando entre ellas.

Duración de la actividad: 30 minutos.



# Encuentros sociales

## MIÉRCOLES, 8 DE JUNIO

### /// Encuentro de bienvenida

Lugar: Auditorio- Palacio de Congresos de Zaragoza  
Horario: 20.45 a 21.45 h

*Aforo limitado. Acceso libre presentando la acreditación.*

Cóctel de bienvenida al 31º. Congreso de la semFYC.

## JUEVES, 9 DE JUNIO

### /// Encuentro con la danza

Lugar: Auditorio del Palacio de Congresos Expo Aragón (Zona Expo 2008)  
Horario: 20.30 a 21.45 h

*Aforo limitado. Dentro del sobre de documentación personalizada del congresista, que se le entregará en el mostrador de entrega de documentación, encontrará un tique que se deberá canjear por una entrada para este encuentro con la danza. Consultar transporte disponible desde la sede del Congreso.*

### Compañía Miguel Ángel Berna Espectáculo Mudéjar

MUDÉJAR es pasión de encuentro de la tierra con el cielo, del alma con la belleza, del ansia con la voluntad. El misterio emblemático de su símbolo se entrega a nosotros en su estrella de ocho puntas, latente en la luz de sus vidrios, en sus cuerdas pulsadas, en sus verdes de vida y azules divinos que emergen como mensajes en la arcilla, en el ladrillo, en los manjares que todavía nos deleitan. El espectáculo de Miguel Ángel Berna nos conduce a través

del recóndito recorrido de nuestra esencia: los cuatro ríos del paraíso (el agua, el vino, la leche y la miel), las cuatro estaciones del año, los cuatro puntos cardinales de nuestra dimensión humana, los cuatro secretos que nos persiguen (el tiempo, la historia, el mundo y la vida), los cuatro estadios de la evolución del ser, los cuatro lados de la pirámide. El cuadrado como forma perfecta, símbolo de Dios y de la dimensión humana, trae el doble cuadrado como la suma perfección que nos muestra la estrella Mudéjar, esencia captada en la danza de Miguel Ángel Berna que sintetiza el alma Mudéjar, en un solo y maravilloso elemento: la castañuela. MUDÉJAR es el que sobrevive.

### /// Encuentro en el Ebro

Lugar: Espacio Ebro – Parque del Agua  
Horario: 22.30 a 23.30 h

*Aforo limitado. Para poder acceder al Encuentro en el Ebro es necesaria la adquisición de la entrada al cóctel-cena que se servirá a orillas del Ebro. Puede obtenerla previamente a los días del congreso en la web del congreso (apartado «Inscripciones») o durante la celebración del mismo en la secretaría de nuevas inscripciones.*

Cóctel-cena del 31º. Congreso de la semFYC.  
Precio: 40 € por persona.

### /// Encuentro con los amigos

Lugar: Las Playas Zaragoza – Terraza & Lunch Club  
Horario: 23.00 a 02.00 h

*Acceso libre con la entrada que encontrará insertada en la documentación personalizada del congresista, que se le entregará en el mostrador de entrega de documentación.*

Espacio destinado al intercambio de opiniones y experiencias. Un lugar para el reencuentro con los amigos y compañeros.

# Información general

## Sede

Auditorio-Palacio de Congresos de Zaragoza  
C/ Eduardo Ibarra, 3  
50009 Zaragoza  
www.auditoriozaragoza.com

## Secretarías

Secretaría técnica (inscripciones, científica y comercial)



Carrer del Pi, 11, 2.ª pl., of. 13 • 08002 Barcelona  
Tel. 93 317 71 29  
Fax 93 318 69 02  
congresos@semfyc.es

### Horario de secretaría (durante el Congreso)

- Miércoles, 8 de junio: 08.00 a 21.30 h.
- Jueves, 9 de junio: 08.30 a 20.30 h
- Viernes, 10 de junio: 08.30 a 19.00 h.

Secretaría de alojamiento



Viajes Atlanta - Unicongress  
C/ Calvet, 55 • 08021 Barcelona  
Tel. 93 367 24 20  
Fax 93 414 68 17

## Inscripciones

### Cuotas

Para conocer el precio de inscripción al Congreso, consulte en 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 28 de abril de 2011 tendrán derecho a devolución total menos un 20% en concepto de gastos administrativos. Las cancelaciones recibidas después de esta fecha no tendrán derecho a devolución. No se podrán realizar cambios de nombre.

## Fecha límite

Para inscripciones (con o sin almuerzos de trabajo), a través de la página web: **18 de mayo**.

Las inscripciones recibidas fuera de plazo (a partir del 19 de mayo) no se considerarán formalizadas, por lo que deberán tramitarse en el mostrador de nuevas inscripciones.

Las cuotas in situ (sin almuerzo de trabajo) serán:

- Socios: 525 €
- Reducida socios: 375 €
- No socios: 685 €

## Inscritos

Todos los **congresistas** tienen derecho a asistir a las actividades científicas, exposición comercial y pausas de café, y recibir la documentación del Congreso (programa final - libro de comunicaciones, y demás documentación personalizada). Además, los congresistas inscritos con almuerzo de trabajo tienen derecho a los almuerzos del jueves 9 y viernes 10 de junio (Sala Multiusos del Auditorio-Palacio de Congresos de Zaragoza).

Los congresistas tendrán derecho a participar en los actos sociales programados (véase apartados «Encuentro sociales»)

## Bolsa del congreso

Todos los congresistas inscritos hasta el 18 de mayo tienen derecho a la bolsa del congresista. Para la inscripción in situ se dispone de un número limitado de bolsas, por lo que no se puede garantizar su entrega en todas aquellas inscripciones tramitadas durante el Congreso.

La entrega se hará en la Sala Multiusos del Auditorio-Palacio de Congresos de Zaragoza.

## Acceso a la sede

Sólo se permitirá el acceso a las sedes del Congreso a las personas inscritas.

Junto con la documentación del Congreso se entregará la acreditación personalizada, que deberá llevarse en un lugar visible durante la celebración del mismo. La organización se

## Cuotas de inscripción

Categoría	Hasta el 01/03	Del 02/03 al 18/05	In situ
Socios (1) - Con almuerzos*	435 €	535 €	No posible
Socios (1) - Sin almuerzos	375 €	476 €	525 €
Reducida socios (2) - Con almuerzos*	285 €	385 €	No posible
Reducida socios (2) - Sin almuerzos	225 €	325 €	375 €
No socios - Con almuerzos*	595 €	695 €	No posible
No socios - Sin almuerzos	535 €	635 €	685 €

Cuotas de inscripción con el 8% de IVA incluido.

\*La inscripción con almuerzos incluye los almuerzos del jueves y del viernes.



## Patrocinadores y colaboradores

Entidades cooperadoras con la semFYC



**sanofi aventis**

La Salud es lo esencial

*Los laboratorios cooperadores participan de forma no condicionada en la formación y desarrollo de la Medicina de Familia y Comunitaria. Los laboratorios cooperadores colaboran en el desarrollo de las actividades científicas de la semFYC y comparten en su integridad los criterios de independencia y calidad científica de la misma.*

Entidades patrocinadoras del Congreso



Entidades colaboradoras con el Congreso



**ESTEVE**



Mejorando la calidad de vida



Trabajando juntos por un mundo más sano

Diagnostics

