

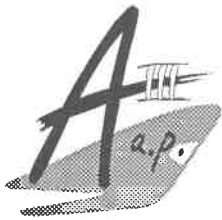


# I JORNADA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL AREA 3

LIBRO DE PONENCIAS Y COMUNICACIONES

Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares

28 de Junio de 1996



I JORNADA DE  
ATENCIÓN PRIMARIA  
DEL ÁREA 3

LIBRO DE PONENCIAS Y COMUNICACIONES

Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares

28 de Junio de 1996



# Í N D I C E

## **I. ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

### Comunicaciones orales.

- Actividades preventivas en un centro de salud: vacunación de VHB a grupos de riesgo.
- Deshabitación tabáquica en la población del área 3.
- Prevalencia de caries en los escolares de 8º EGB de Alcalá de Henares.

Paneles.

## **II. EDUCACIÓN PARA LA SALUS (EPS).**

### Comunicaciones orales.

- Evaluación de la eficacia de un programa de EpS dirigido a pacientes con osteoartrosis.
- Diferencias de conocimientos entre usuarios y no usuarios sobre anticonceptivos orales.
- EpS en la escuela.
- Evaluación de la eficacia de una técnica de relajación progresiva en consulta de enfermería.

Paneles.

## **III. UTILIZACIÓN ADECUADA DEL MEDICAMENTO.**

### Comunicaciones orales.

- Tratamiento del asma infantil en la ZBS correspondiente a los EAP Ramiro II y Puerta Madrid.
- Utilización de benzodiazepinas en un centro de salud.
- Uso de betabloqueantes en la prevención secundaria del infarto de miocardio en Alcalá de Henares.
- Nivel de utilización de antibióticos en el área 3 durante el periodo Jun. 93 - Dic. 95.

Paneles.

## **IV. BIOÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

### Comunicaciones orales.

- Valoración del consentimiento informado en atención primaria del área 3 de Madrid.
- Eutanasia, futilidad y nuevo código penal.

Panel.

## **V. TEMAS LIBRES.**

### Comunicaciones orales.

- Mortalidad durante los años 1994 y 1995 en la ZBS correspondiente al EAP Ramiro II.
- Prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* en población general.
- Prevalencia de asma infantil en la ZBS correspondientes a los EAPs Ramiro II y Puerta Madrid.
- Estudio de los cuidados enfermeros realizados en pacientes incluidos en visita domiciliaria.
- Estudio de hábitos alimentarios en una asociación de mujeres del distrito VIII Alcalá de Henares.
- Evolución clínica en pacientes con Síndrome del aceite tóxico.
- Efectividad de los cuidados de enfermería.

Paneles.



## ACTIVIDADES PREVENTIVAS

JOSE M<sup>a</sup> MARTÍN MOROS

La salud se ha convertido en un tema de actualidad. Es motivo de conversación habitual en la calle.

La adopción de determinadas pautas de vida con el objetivo de “estar más sano” o “mejorar la salud” es cada vez más notorio en nuestra sociedad.

La salud ha irrumpido en el escenario de los temas de moda, aunque con un enfoque de “bien de consumo”, lo que explica gran parte de las dificultades para prevenir y promover la salud, que debe abarcarse desde una óptica general planificada, pero no por ello rígida e inflexible, que permita dentro de una intervención sistematizada, ejercer la libertad de las personas.

En el desarrollo de las actividades preventivas es necesario remarcar algunos hitos fundamentales:

- La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de 1986, celebrada en Ottawa propuso una serie de condiciones previas para alcanzar un nivel de salud determinado:
  - Estado de paz.
  - Vivienda digna y saludable.
  - Acceso a la educación.
  - Alimentación y nutrición adecuada.
  - Ingresos económicos mínimos y suficientes.
  - Ecosistema estable.
  - Justicia social.
  - Equidad.
- La OMS refleja en sus informes la evolución de los conceptos sobre prevención a lo largo de los últimos años, desde la Conferencia de Alma-Ata en 1978 donde se instaba a prestar servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para alcanzar un nivel de salud suficiente.
- En 1981, la OMS adopta el objetivo global: “SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000”:..que la población de todos los países tenga como mínimo un nivel de salud que le permita realizar un trabajo productivo y participar activamente en la vida social de la comunidad en que vive...” Esto sólo puede conseguirse mediante promoción de estilos de vida saludables, prevención de patologías prevenibles y rehabilitación de aquellas personas cuya salud se haya deteriorado.
- En Europa, la estrategia de la OMS ha facilitado la formulación de unos objetivos comunes como son la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, equidad, cooperación intersectorial, desarrollo de la Atención Primaria, cooperación internacional y participación comunitaria. Son unos objetivos comunes con un desarrollo distinto según el país de que se trate.
- En la ya mencionada Conferencia de Otawa se consolidaron importantes conceptos recogidos en tres acciones específicas:
  - 1.- Abogar por la salud.
  - 2.- Capacitar a las personas para alcanzar su potencial de salud.
  - 3.- Mediar entre intereses divergentes a favor de la salud.

Estas acciones van a desarrollarse en cinco direcciones:

- a.- Elaboración de políticas públicas saludables.
- b.- Creación de entornos saludables.
- c.- Refuerzo de la acción comunitaria.
- d.- Desarrollo de aptitudes individuales.
- e.- Reorientación de los servicios sanitarios: mayor peso de la Atención Primaria.

Las priorizadas en la prevención de las enfermedades han combinado desde el principio dos tendencias distintas, la primera individualista, que se fija en las causas de muerte e invalidez y en los factores de riesgo para evitarlas (hipertensión arterial, accidentes, consumo excesivo de alcohol..). La segunda tendencia se fija más en el ciclo social de las personas y da prioridad a la planificación familiar, embarazo y parto, desarrollo infantil, condiciones de vida..

La confrontación entre estas dos tendencias, que marcan la política sanitaria en la prevención y promoción de la salud se ha ido alternando en el transcurso de los años.

¿Y cómo ha sido la evolución de las actividades preventivas? He aquí algunas fechas claves:

- 1920 - La American Association Metropolli Life Insurance recomienda exámenes de salud multifásicos.
- 1975 - Carlson y Frame proclaman que no hay base científica para realizar exámenes de salud multifásicos.
- 1979 - El Canadian Task Force recomienda exámenes periódicos de salud y exámenes selectivos y con periodicidad variable.
- 1980 - La Asociación Americana Contra el Cáncer publica unas directrices para el diagnóstico precoz del cáncer. Comienzan a desestimarse pruebas hasta entonces "sagradas" (radiología de tórax y esputo con carácter anual, por ejemplo).
- 1988 - Surge en España el **PAPPS (PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD)**.
- 1989 - La U.S. Preventive Services Task Force recomiendan el consejo médico y la utilización de test selectivos, así como intervenciones individuales en la consulta médica.

## **LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN ESPAÑA**

El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) surge en 1988 como consecuencia de una convocatoria de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria para diseñar un programa que impulsara la introducción de las actividades preventivas en los centros de salud.

Sus objetivos fundamentales se centran alrededor de cuatro ejes fundamentales:

- 1.- Contribuir a mejorar la calidad de la asistencia prestada en los centros de salud a través de la investigación de las actividades curativas con las de prevención y promoción.

- 2.- Detectar las dificultades de todo tipo generados por la implantación de este grupo de actividades en los centros.
- 3.- Elaborar recomendaciones sobre actividades preventivas y de promoción de la salud acordes con las necesidades de la población y los recursos de los centros de nuestro país.
- 4.- Promover la formación e investigación en prevención y promoción en Atención Primaria.

## **¿ CÓMO IMPLANTAR LAS RECOMENDACIONES DEL PAPPS?**

La implantación de programas y actividades preventivas debe estar precedida de un proceso de priorización que asegure su pertinencia y viabilidad, según posibilidades y necesidades de cada lugar o comunidad.

Un factor decisivo a la hora de priorizar actividades preventivas, sobre todo de cribaje, es la prevalencia del problema de salud.

Parece conveniente sistematizar los grupos de criterios a utilizar para priorizar programas o pruebas y clasificarlas de acuerdo con el ámbito a que hacen referencia:

- 1.- Relativos al problemas de salud.
  - Importancia del mismo.
  - Grado de conocimiento de su historia natural.
  - Disponibilidad de medidas de tratamiento.
- 2.- Relativos a la aplicación del programa. Se valoran la eficacia, eficiencia, factibilidad y efectividad.
- 3.- Relativos a la prueba o pruebas a realizar. Van dirigidos a evaluar sus características intrínsecas (validez, aceptabilidad, reproducibilidad valores predictivos positivo y negativo).

Todos estos criterios han de ponerse en relación con la cantidad y calidad de la evidencia científica, a partir de los estudios que se realizan.

También hay que valorar los obstáculos que pueden dificultar la implantación de estas medidas: falta de dotaciones técnicas y humanas, relación inadecuada profesional sanitario-cliente, falta de motivación por no realizar trabajo en equipo, tiempo de consulta escaso, sistemas de registro inexistentes o defectuosos, formación inadecuada en conocimientos, habilidades y actitudes, excepticismo sobre la efectividad, ausencia de incentivos, recomendaciones preventivas paradójicas e incluso contradictorias...

Para intentar corregir estas dificultades habría que procurar la motivación de las direcciones, una adecuada asignación de recursos, la emisión de recomendaciones consensuadas, procurar una formación adecuada en el tema de las actividades preventivas, incentivar el desarrollo de trabajos de investigación y facilitar la información y comunicación social sobre estas actividades a la población general para contribuir a generar una cultura social de prevención y promoción de la salud.

Una vez priorizadas las actividades preventivas hay que integrarlas en nuestra actividad cotidiana, con



ello se potencia la cobertura de los servicios preventivos, se favorece la continuidad de la atención y se optimiza la utilización de recursos.

No obstante puede haber situaciones en que no convenga integrar estas actividades:

- 1.- Cuando haya una demanda específica de la población ante esta actividad.
- 2.- Cuando criterios de racionalidad económicos lo desaconsejen (ej. mamógrafo-interpretación por radiólogos).
- 3.- Cuando haya una estructura sanitaria poco desarrollada (vacunaciones, planificación familiar).
- 4.- Cuando se realiza un estudio piloto.
- 5.- En situaciones especiales y urgentes. Por ejemplo en el síndrome tóxico por aceite de oliva desnaturalizado.

El equipo está ya dispuesto para comenzar. Conviene seguir unas normas clásicas, pero perfectamente válidas todavía:

- a.- Responder primero a la demanda y luego realizar la actividad preventiva.
- b.- Si se requiere educación sanitaria, es preferible que ésta sea impartida por los médicos y enfermeras que le atienden habitualmente.
- c.- Si se precisa intervenir utilizando una técnica muy específica, a lo mejor es conveniente emplear una sola persona (ej. colocación de DIU).

## **NUEVAS ESTRATEGIAS EN PREVENCIÓN DE LA SALUD**

Nuevos problemas a abordar surgen a gran velocidad y se impone investigar y desarrollar nuevas estrategias preventivas. Así, por ejemplo, la OMS que quiere identificar la salud con el entorno, celebró el pasado 7 de Abril el día mundial de la salud que este año se dedicó a la promoción de las ciudades saludables.

La OMS recomienda un plan municipal de salud para que la población y sus asociaciones se concienticen de los problemas de salud que origina el entorno y puedan movilizar recursos para tratarlos. La OMS aconseja implicar a las escuelas, centros de trabajo, centros de Atención Primaria y Administraciones.

Otro ejemplo son los accidentes de tráfico. Actualmente son la primera causa de morbilidad en los varones menores de 34 años y de las mujeres menores de 24 años. Parece lógico que aunque la siniestralidad vial no figura en ningún manual como enfermedad se considere un problema de salud pública de primera magnitud y se aborde como cualquier enfermedad no transmisible. Se recomienda que los profesionales sanitarios se involucren al máximo en el consejo y la educación vial. Así, el programa "Salvar Vidas" de Massachusset, que ha involucrado a la administración sanitaria, jefatura de tráfico y corporaciones locales ha reducido en un tercio los accidentes mortales y a la mitad el número de adolescentes bebidos que conducen un vehículo.

Otro dato: en los últimos años las muertes por calor en verano son una de las causas más importantes

(y subestimadas) en los países de latitudes medias donde las olas de calor son infrecuentes pero extremas. En Filadelfia, donde el pasado verano el calor fue un auténtico problema de salud pública, han recomendado, la creación de una red de vigilancia para alertar a las agencias públicas y municipales responsables cuando se acerque un cambio climático.

En España, la organización de los servicios de salud dentro del sector público desde hace unos pocos años se orienta hacia la de una empresa de servicios con un cambio en relación a lo existente. En este nuevo modelo, el usuario pasa a ser un cliente del sistema con un protagonismo activo en el mismo.

Parece que el desarrollo de las actividades preventivas en este nuevo modelo, donde se ofrecen servicios de salud y se separan el financiador y el proveedor debe requerir una serie de condiciones:

- Mantener objetivos de salud de carácter nacional priorizados.
- El proveedor debe conocer bien sus posibles clientes.
- Oferta de servicios preventivos por parte del proveedor "segmentada" según grupos diferenciados de clientes.
- El cliente deberá tener una mayor información y mejor conocimiento de los que se está ofreciendo.
- El cliente deberá pasar a un papel activo en lo relacionado a la salud.
- El proveedor deberá tener una mayor capacidad y autonomía en la selección de los recursos de apoyo.
- Es necesario definir el papel del medio de atención primaria en el campo de la prevención.



I. ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA  
PONENCIA



**TÍTULO: ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN UN CENTRO DE SALUD: VACUNACIÓN DE VHB A GRUPOS DE RIESGO**

**AUTORES: Ortega MA, García-Mauriño VG, Puerto M, Sáenz N, Sierra A.**

**Centro de Trabajo: Luis Vives II.**

#### **RESUMEN ESTRUCTURADO**

**(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):**

**Objetivo:** Descripción del Servicio de Vacunación de VHB a grupos de riesgo en nuestro Centro de Salud.

**Diseño:** Estudio descriptivo.

**Material y Método:** La población a estudio son todos los usuarios adscritos al Centro de Salud Luis Vives II, de ambos sexos, pertenecientes a alguno de los grupos de riesgo de contraer hepatitis B, vacunados en el Centro desde octubre de 1993 hasta julio de 1995.

La captación se realizó en consultas de enfermería o medicina general, vacunándose un total de 99 personas. La fuente de datos ha sido el registro de vacunación de hepatitis B del Centro de Salud.

Para el análisis de los datos se han utilizado tablas de frecuencias.

**Resultados:** Se han vacunado un total de 99 usuarios. La edad media es de 15,3 años con una desviación típica de 13,6. El 34,4% eran hombres y el resto, 65,7% mujeres.

Atendiendo a los factores de riesgo el 41,1% se han vacunado por contacto familiar, el 38,4% por contacto íntimo con un portador, el 11,1% por ser sanitarios, un 1% eran ADVP, 1% recién nacidos de madre portadora, 1% deficientes mentales, y el resto, 6,1%, no se ha recogido el factor de riesgo.

La vacunación se completó en un 70,7% de los casos, mientras que en el 29,3% restante faltó alguna dosis.

#### **Conclusiones:**

- 1.- Hay que incidir en la vacunación de VHB a grupos de riesgo. La cobertura conseguida en dos años es de aproximadamente el 0,5% del total de la población atendida.
- 2.- Es preciso asegurarse una total cumplimentación de la pauta de vacunación mediante el desarrollo de diferentes mecanismos: captación telefónica, uso de tarjetas de control, listados mensuales de usuarios que hay que vacunar, etc.
- 3.- Es preciso asegurar la calidad de registro de vacunación.

**TÍTULO: DESHABITACIÓN TABÁQUICA EN LA POBLACIÓN DEL ÁREA 3**

**AUTORES: Raúl Ramírez Gutiérrez.**

Centro de Trabajo: Fronteras II. • Teléfono de contacto: 8893263.

**RESUMEN ESTRUCTURADO**

(Objetivos, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Conocer el número de fumadores del área 3 que dejan el hábito tabáquico tras una terapia de deshabituación.

**Material y Método:**

**Diseño:** Estudio de intervención prospectivo.

**Población:** Fumadores de Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz que acuden voluntariamente a una consulta del Centro Municipal de Salud de Alcalá de Henares para realizar deshabituación tabáquica, durante el periodo 1993-1994 (n=169).

**Captación:** Mediante notas informativas en todos los centros de salud de Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz y prensa local.

**Variabes:** edad, sexo, nº de cigarrillos/día, incremento de peso (kg), estado general (escala subjetiva del 1 al 10), presencia de tos, nivel de CO espirado y test de tolerancia a la nicotina de Fargenström (escala del 1 al 10).

**Intervención:** La terapia de deshabituación consistió en la realización periódica de las siguientes actividades: educación para la salud individual, a todo el grupo, y terapia farmacológica (chicle o parches de nicotina) cuando el test de tolerancia a la nicotina fue superior a 6 puntos.

**Análisis:** Descripción de las variables, comparación de medias con la t de Student y test exacto de Fisher para las variables cualitativas, al principio y al final del estudio. Se consideró significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** El 62% de los fumadores eran hombres. La edad media del grupo era de 40 años (DE=11 años). El nº medio de cigarrillos/día al inicio fue 23,1 (DE=9). Al finalizar el periodo, 53 personas (31,4%) habían dejado de fumar. Se detectaron diferencias significativas entre los que dejaron de fumar y los que seguían fumando al finalizar el periodo, respecto a las siguientes variables: incremento de peso (aumento de 2,9 kg en los no fumadores,  $p < 0,001$ ); estado general (no fumadores= 9 puntos y fumadores= 4 puntos,  $p < 0,001$ ); ausencia de tos en los que dejaron de fumar ( $p < 0,001$ ); el nivel medio de CO en los que dejaron de fumar fue de 3,64 ppm. comparados con 31,61 ppm. en los que fumaban ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** El número de personas que seguían sin fumar al finalizar la terapia de deshabituación era suficientemente alto, si se compara con resultados obtenidos en estudios similares.

La calidad de vida de los no fumadores al final del estudio era significativamente mejor en todos los aspectos estudiados.

Los resultados de este trabajo son tan alentadores como para emprender actividades similares, que logren disminuir la incidencia de tabaquismo en nuestro medio.

**TÍTULO: PREVALENCIA DE CARIES EN LOS ESCOLARES DE 8º EGB DE ALCALÁ DE HENARES**

**AUTORES: Herrero Sanjuan R, Rosado Olarán JI, Díaz-Heredero Almonacid MF, Rodríguez Ortiz de Salazar B, Escortell Mayor E.**

Centro de Trabajo: Luis Vives. • Teléfono de contacto (primer autor): 8805610.

#### **RESUMEN ESTRUCTURADO**

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivos:** Conocer la Prevalencia de Caries en niños de 8º de EGB de Colegios Públicos de Alcalá de Henares.

#### **Material y Métodos:**

**Ambito:** Atención Primaria. Alcalá de Henares.

**Diseño:** Estudio descriptivo observacional transversal.

**Población:** Escolares de 8º de EGB de colegios públicos de Alcalá de Henares durante el curso 1993-94 (N=2151).

**Método:** Se han comparado dos grupos, uno ha recibido seguimiento por la Unidad de Salud Bucodental (USB) desde 3º EGB (N=1409), el otro no (N=742). El seguimiento se basaba en aplicación de fluor tópico, educación bucodental y actuaciones preventivas individuales en la consulta de USB.

**Análisis:** Para la diferencia de porcentajes, se han considerado valores estadísticamente significativos,  $p < 0,05$ . Se ha calculado el odds ratio de prevalencia, considerando expuestos escolares sin seguimiento (grupo I) y no expuestos a los que lo reciben (grupo II), con su intervalo de confianza al 95% (IC 95%). Programa utilizando EPINFO.

**Resultados:** La Prevalencia de caries en los escolares estudiados fue del 53%, siendo en el grupo I del 67,52% y en el grupo II del 44,64% ( $p < 0,001$ ). El odds ratio de prevalencia fue de 2,58 (IC 95% = 2,13 -3,12).

#### **Conclusiones:**

1. La Prevalencia de caries en niños de 8º de EGB de colegios públicos de Alcalá de Henares es muy superior en aquéllos que no han recibido seguimiento en la USB.
2. El riesgo de padecer caries es de 2,5 veces mayor en escolares que no han recibido seguimiento en la USB.
3. Es muy importante implantar programas de salud buco-dental con la mayor cobertura posible.





# I. ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

## PANELES



**TÍTULO:** PREVALENCIA E ÍNDICES DE CARIES EN ALCALÁ DE HENARES EN ESCOLARES DE SEIS AÑOS DESDE 1987 A 1995

**AUTORES:** Díaz- Heredero Almonacid F, Herrero Sanjuan R.

Centro de Trabajo: Luis Vives. • Teléfono de contacto (primer autor): 8805610.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivos:** Conocer la tendencia a lo largo de nueve años que sigue la Prevalencia e Índices de Caries en los escolares de seis años de colegios públicos de Alcalá de Henares.

#### **Material y Métodos:**

**Ambito:** Atención Primaria. Alcalá de Henares.

**Diseño:** Estudio descriptivo.

**Población:** Escolares de seis años de Colegios Públicos de Alcalá de Henares desde el periodo escolar 1987-88 hasta 1994-95 (N=13.373).

**Método:** Se ha estudiado la tendencia de la Prevalencia de Caries (proporción de niños de seis años con caries) y los índices CAOD (dientes definitivos con caries + obturados + ausentes por caries dividido por el número de niños estudiados) y cod (dientes de leche con caries + obturados dividido por el número de niños examinados) a lo largo del periodo de estudio.

**Resultados:** La Prevalencia de Caries durante el periodo escolar 1987-88 es de 51%, alcanzando los valores mínimos (36,5%) en 1990-91. A partir de esta fecha, se incorporan los escolares de la zona rural, y la prevalencia vuelve a ascender hasta 1994-95 que alcanza valores de 41%.

El CAOD en 1987-88 es de 0,14 alcanzando su valor mínimo en 1990-91 (0,07), alcanzando el pico máximo en 1993-94.

El cod presenta sus valores máximos en 1988-89 (2,90) y los mínimos en el periodo escolar 1993-94 (1,69).

#### **Conclusiones:**

1. La Prevalencia de Caries en escolares de seis años de Alcalá de Henares muestra una tendencia descendente en los últimos nueve años.
2. El CAOD, independientemente de la tendencia, muestra los mismos valores que al inicio del estudio en 1994. Puede deberse este pico a la incorporación de gran población flotante.
3. El cod presenta una tendencia descendente.

**TÍTULO:** COMPARACION DE LA PREVALENCIA DE CARIES EN ESCOLARES DE DOS AREAS SANITARIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

**AUTORES:** Ibars Dorado MT, Menéndez Robles Y, Herrero Sanjuan R.

Centro de Trabajo: Centro de Salud V Centenario. (San Sebastián de los Reyes) y Luis Vives. •  
Teléfono de contacto (primer autor): 8805610.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivos:** El propósito del presente estudio ha sido valorar si existen diferencias entre la Prevalencia de Caries en escolares de seis años en dos áreas sanitarias de la Comunidad Autónoma de Madrid que desarrollan idéntico programa de salud buco-dental.

#### **Material y Métodos:**

**Ambito:** Atención Primaria. San Sebastián de los Reyes y Alcalá de Henares.

**Diseño:** Estudio descriptivo, observacional y transversal.

**Población:** Escolares de primero de Primaria durante el curso 1994-95, con un total de 489 niños en el área de San Sebastián de los Reyes y 1514 niños en el área de Alcalá de Henares.

**Método:** Se compararon las proporciones de escolares con caries en una y otra área.

**Análisis:** Prueba utilizada chi-cuadrado.

#### **Resultados:**

Se detectaron 618 escolares con caries en el área de Alcalá de Henares y 143 en el área de San Sebastián de los Reyes. Ello supone un porcentaje de escolares con caries significativamente superior en el área de Alcalá de Henares (40,81%) en relación al área de San Sebastián de los Reyes (29,24%,  $p < 0,001$ ).

Al analizar la Prevalencia de Caries en función del sexo los resultados fueron parecidos. Entre los varones se observó una Prevalencia de Caries del 39,29% en Alcalá de Henares y del 25,26% en San Sebastián de los Reyes, lo que supone una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Para las niñas estos porcentajes fueron, respectivamente del 42,38% y 34,62% ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** La Prevalencia de Caries en escolares de seis años es significativamente superior en el área sanitaria de Alcalá de Henares en relación al área de San Sebastián de los Reyes, tanto en la población total como en niños y niñas analizados por separado.

**TÍTULO:** ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE EL ESTADO BUCODENTAL Y HABITOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS DE LOS ESCOLARES DE 5º DE PRIMARIA DE TORREJÓN DE ARDOZ

**AUTORES:** Martínez M, Rosado J, Pérez E, Arjona F, Sacristán A, González G.

Centro de Trabajo: C. Municipal, USBD. • Teléfono de contacto (primer autor): 6762512.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Introducción:** Dados los índices de caries conocidos en España y en la C.A.M., vimos la necesidad de realizar un estudio epidemiológico más completo en Torrejón de Ardoz antes de aplicar el Programa de Salud Bucodental del Area.

**Objetivos:**

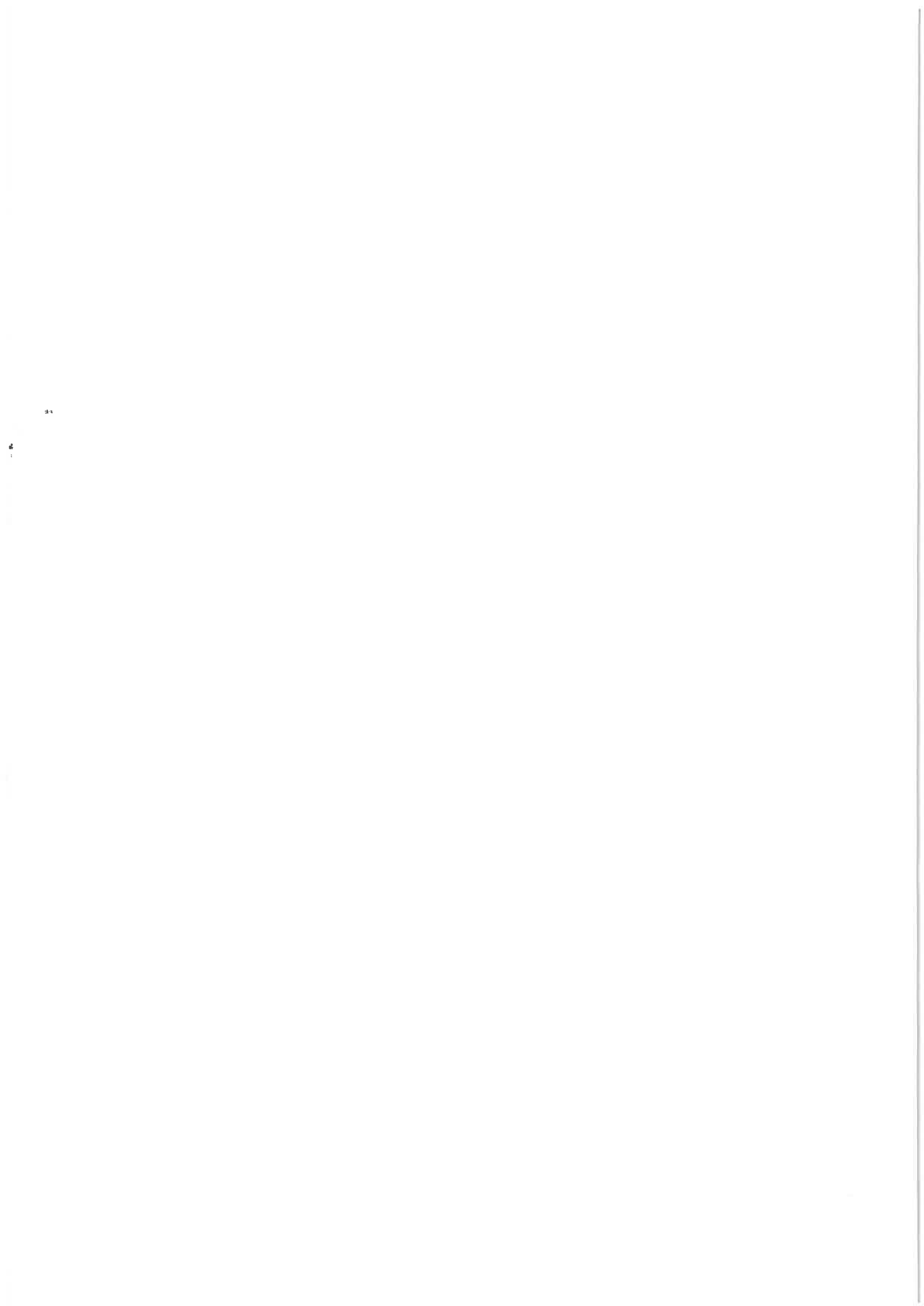
- Conocer el estado de salud bucodental, hábitos higiénico-dietéticos y necesidades de tratamiento en escolares de 5º de primaria de Torrejón de Ardoz.
- Comparar el riesgo de caries dependiendo del ámbito sociocultural.

**Material y Método:** Se realizó un estudio transversal de prevalencia de caries, periodontopatías, maloclusiones y hábitos higiénico-dietéticos. El tamaño de la muestra fue de 333 niños de 5º de primaria (168 varones y 165 mujeres); el muestreo se realizó con conglomerados. El estudio se realiza según las normas de la OMS.

**Resultados:** Se darán los resultados de prevalencia de caries, índices CAOD, ceod y CAOMD, índice CPITN, prevalencia de maloclusión, hábitos higiénico-dietéticos.

**Conclusiones:**

- Se han encontrado resultados más altos en algunos índices que en la CAM y comparables a otras USBD.
- Mayor riesgo de caries dependiendo del ámbito sociocultural de la ubicación de los colegios.
- Diferencia con respecto a los hábitos higiénico-dietéticos entre lo que dicen y hacen los niños.



## II. EDUCACION PARA LA SALUD (EPS)

PONENCIA





## LA EpS COMO HERRAMIENTA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

FRANCISCA GARCÍA LÓPEZ

Como todas las enfermeras empezaré hablando de Alma-Ata que ya en 1978 formula las nuevas funciones de Atención Primaria, incluyendo entre sus objetivos principales los nuevos aspectos educativos.

Este aporte de Alma-Ata se operativizó en la "Estrategia global de salud para todos en el año 2000", compromiso que firmó el Estado Español, y que definió la Carta de Ottawa en 1986, donde se identifican cinco grandes áreas de acciones en promoción de la salud:

- Elaborar una política pública sana.
- Crear ambientes saludables.
- Desarrollar las aptitudes personales.
- Reforzar la participación comunitaria.
- Reorientar los Servicios de Salud.

En 1992 un grupo de trabajo de los responsables de EpS de las 11 Áreas de Madrid de INSALUD, elaboran un primer documento en el que se basa la forma de trabajo y la orientación de la EpS.

También se comprometen a tener un Responsable de EpS en cada área y a trabajar en este tema, contando con la participación de los componentes de la Comisión de Area que para estos fines se crea.

En 1994 elabora la Dirección Provincial de Madrid con todos los responsables de EpS, un documento de "Líneas estratégicas en Educación para la Salud" donde se definen las intervenciones a realizar para cada objetivo que se define en cada nivel distinto desde la Dirección Provincial a las Áreas y relativo a cómo realizar las intervenciones, formación, investigación, confección de materiales, difusión y organización de EpS.

### **Distintos enfoques de la EpS:**

Dado que hay diferentes concepciones de la Salud y la enfermedad, hay también tres concepciones fundamentales de qué es la EpS:

- **Enfoque preventivo.**- Es el más conocido y su desarrollo se produce dentro del ámbito que utiliza como modelo el biologicista. Se basa en la relación que existe entre la enfermedad y los hábitos de la vida, como etiología de esa patología. Su objetivo es incidir en los comportamientos del individuo, a través de suministrar información y usar la disuasión y el miedo a lo que ocurrirá, como forma de motivar para el cambio de comportamiento.

-**Enfoque educativo.**- Su fin es producir una toma de decisión, libre e informada, poniendo de relieve la importancia de la voluntariedad en las personas.

Se basa en el aporte de información, asegurando la comprensión, aclarando roles y creencias, para poder decidir entre las opciones y reforzar la personalidad.

La principal crítica a este enfoque es la naturaleza ilusoria de la decisión libre, debido a la influencia de las condiciones sociales que de hecho, limitan las opciones, y por tanto, no son tan voluntarias.

**-Enfoque comunitario-** Utiliza la metodología del conocimiento epidemiológico y técnicas basadas en las ciencias psicosociales.

Defiende la acción integrada, en todos los aspectos de las personas, por tanto, implica que la EpS está introducida en los sistemas que normalmente afectan al individuo.

- Programas escolares.
- Programas sanitarios.
- Órganos de participación democrática.
- Medios de comunicación.
- Medio laboral.

Implica la participación activa de la comunidad.

Los objetivos de la EpS desde este enfoque comunitario son:

- 1.- Aceptar la salud como un elemento importante del sistema de valores de nuestra sociedad, y como un componente esencial de la calidad de vida.
- 2.- Ofrecer a la población conocimientos, capacidad y motivación, para resolver sus problemas de salud, mediante acciones voluntarias y permanentes.
- 3.- Aceptar nuestra responsabilidad en la EpS a través de nuestra actividad como ciudadanos y como profesionales.
- 4.- Promover el sentido de la responsabilidad, la participación y la solidaridad, dado que hablamos de un Sistema Nacional de Salud.

Las bases legales o normativas en las que se apoya el INSALUD para impulsar la EpS son:

### **Ley General de Sanidad de 1986.**

#### **La LOGSE 1990.**

#### **A.- Ley General de Sanidad de 1986**

Reconoce la universalidad del derecho a la protección de la salud en su art. 1º. Además en el art. 3º, dice que los medios y las actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

Estructura las Áreas de Salud y contempla la Atención Primaria, y habla de cómo la participación comunitaria forma parte del cuidado de la salud.

En el gran desarrollo que se produce en A.P. a partir de entonces, Madrid regula su funcionamiento

en 1988 en el "Reglamento sobre Normas Básicas de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria", que arranque de la Ley 137/94 sobre estructuras básicas de salud, donde se regula el funcionamiento de la APS.

Aquí establece la EpS como un objetivo que debe estar presente en todas las actividades del EAP siendo responsabilidad de todos y cada uno de los miembros. Se realizará de forma individual a partir de la relación interpersonal de los profesionales con los usuarios, y de forma colectiva, mediante actividades dirigidas a grupos de población.

Ley Orgánica de Ordenación General del sistema educativo.

### **B.- La LOGSE (1990)**

Establece el marco legal y curricular que incorpora la EpS formando parte de la educación integral de los niños, como uno de los valores que tienen necesariamente que adquirir todos los escolares. Para impulsar la EpS en la escuela se firma un convenio de colaboración entre el Ministerio de E. y C. y el Ministerio de Sanidad que establece la cooperación interinstitucional entre Centros de Salud y Centros Educativos.

## **FORMACIÓN**

Pero estos son sólo aspectos normativos y organizativos. Veamos qué ocurre con la formación:

- Los médicos de familia especialistas existen desde 1995, incorporando a la formación básica conceptos de población, comunidad, autonomía de las personas. Pero nos encontramos con que el discurso y la práctica no son coincidentes siempre.
- Las enfermeras pasan de no tener más que un papel de Auxiliar del médico en el Modelo Tradicional, a tener en los EAP's una responsabilidad y autonomía amplia, en el trabajo por programas y en las diferentes actividades que se realizan en el centro de Salud.
- Además se incorpora al trabajo el concepto de AEP, y esto supone que hay diferentes profesionales que trabajan con un objetivo común, y cada una de las profesiones aporta su particular modo de tratar con las demandas de la población.
- Todos los profesionales que trabajamos en el Centro de Salud, tenemos más claro cada día que el objetivo de nuestro trabajo es LA POBLACIÓN.
- Así, existe en todos los Centros una **Unidad Administrativa**, que trabaja con el programa de CITA PREVIA, o el programa MOSTRADOR cuyo sentido nace de la consideración de nuestra población como personas que tienen derecho a usar los servicios de salud, de la mejor manera que pueda organizar, en función de los intereses de los beneficiarios del sistema de Salud. Se manejan conceptos como satisfacción del usuario.

- También empiezan a trabajar en los centros los Trabajadores Sociales, con el objeto de poder identificar y canalizar algunas necesidades sociales que la población tiene (o que el propio sistema les genera).
- **Y las enfermeras** están trabajando con programas de salud, con protocolos de atención para alguna enfermedad crónica, con el objeto de ayudar a la población en el seguimiento de enfermedades crónicas, para que puedan realizar más fácilmente los tratamientos que les ha recomendado el médico. Empieza haciendo sobre todo una repetición de información de forma individual a las personas para que conozcan cómo convivir con su enfermedad. Pero va ampliando el espectro de temas de Salud a los que se dedica. Ya no es necesario dedicarse sólo a los enfermos, de modo que según mejora su formación básica y evoluciona el trabajo del EAP, sabe que es necesario ampliar la variedad de problemas que detecta, valora, interviene y ayuda a la persona a que resuelvan. Y esta intervención consiste en algo más que dar CONSEJO. Una parte importante es que se produzca el aprendizaje por parte de las personas, de influir en sus actitudes para que se produzca un cambio de hábitos. Y eso no se consigue sólo con información. La EpS es pues un aspecto imprescindible en el trabajo cotidiano de una enfermera. Y para ello tiene que conocer técnicas de dinámica de grupo, aprendizaje en adultos, etc.

Además, y no lo digo yo, lo ha dicho recientemente un Gerente de A.P. de INSALUD, Madrid, Médico de familia, que "ESTAMOS EN UN MODELO BIOMÉDICO, QUE AUMENTA LAS CONSULTAS, AUMENTA LA DEPENDENCIA, QUE NO GENERA AUTONOMÍA EN LAS PERSONAS". Aunque también dice que posiblemente, porque se enseña como se ha aprendido, y por tanto cuesta cambiar el modelo.

- **Y los médicos de familia**, un cambio fundamental y por el que la población reconoce inequívocamente que algo ha cambiado, es el uso de la historia clínica.

El individualismo que caracterizaba al modelo anterior da paso al trabajo en EAP, donde comparten formación, sistematizan parte de sus actividades con la realización de protocolos y no resulta chocante alguna actividad comunitaria.

¿Pero están siendo conscientes de cuáles son los determinantes de la salud?. Según LALONDE, en su informe de 1974, dejó muy claro que la asistencia sanitaria, el sistema sanitario, sólo es el que se lleva la mayor parte del presupuesto destinado a la Salud, sin embargo no, es responsable en buena parte de la salud de la población, la cual está influida **igualmente** por los otros determinantes de la salud: medio ambiente, estilos de vida y biología humana.

Bien, ¿y qué hace **la organización, la empresa?** Pues por un lado ya hemos visto que hace intentos por incluir la EpS y las actividades comunitarias, en su cartera de servicios. También da cierta importancia a las escasas experiencias que se están llevando a cabo. Trata cada día más de darle una cohesión interna a la organización, de forma que si teóricamente sabemos que la EpS es válida, involucremos a todos en el trabajo en esta línea y tomemos el análisis de esta incongruencia, este problema que se nos plantea, como una ocasión privilegiada para reflexionar sobre lo que hacemos al respecto y aprovechar el resultado de nuestra reflexión como una

**oportunidad de cambio** en esa dirección que nos proponemos. Evidentemente esto es difícil, pero es un reto que debemos afrontar, no seguir considerando la EpS algo marginal, periférico, alejado de nuestra actividad central.

## ¿Y PARA QUÉ SIRVE LA EPS?

- PARA ENSEÑAR A USAR LOS SERVICIOS DE SALUD, EL C.S.
- Puede servir para seleccionar los criterios de autocuidado de la población (esto quiere decir, cuándo van a acudir al profesional y cuándo no).
- Para que existan grupos de autoayuda.
- Para organizar a la población en la participación y en la toma de decisiones.
- Es decir para hacerlos más autónomos, más independientes de los servicios sanitarios.

## TERMINANDO:

De todos es conocido que el sector sanitario, por sí solo, no puede proporcionar a la población las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para una vida más sana. Depende de todos los sectores implicados (Educación, Sociales, Laborales), también es cierto que los profesionales sanitarios debemos tener un papel que va más allá del aspecto clínico, debemos favorecer la necesidad de la comunidad de tener una vía más sana y tenemos la responsabilidad de crear vías de comunicación con los otros sectores.

Hay algo que es permanente: QUE LAS COSTUMBRES DE LA POBLACIÓN CAMBIAN. Y tenemos que influir en este cambio, tanto como profesionales sanitarios como población. También sabemos que la mayor parte de la EDUCACIÓN que se realiza por parte de los sanitarios es INFORMAL, es decir, se realiza a pesar de lo que quiera hacer el profesional. Incluso sin que éste se dé cuenta. La gente aprende lo que les mostramos. La relación sanitario-paciente es transformadora.

## (PREGUNTAS)

La EpS es pues una herramienta más, aunque esencial, en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad. También es una herramienta en la asistencia sanitaria. Una asistencia que no sea educativa, difícilmente va a ser eficaz, por tanto **la EpS es un elemento imprescindible del trabajo diario del sistema sanitario.**



II. EDUCACIÓN PARA LA SALUD  
COMUNICACIONES ORALES





**TÍTULO:** EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DIRIGIDO A PACIENTES CON OSTEOARTROSIS

**AUTORES:** Sáenz Bajo N, Juárez Zapatero M, Ortega Berrueto M.A, Sanz Criado C, Puerto Rodríguez M.

Centro de Trabajo: Luis Vives II.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Evaluar la eficacia (medida en términos de consumo de analgésicos, autopercepción del estado de salud y cambios en la actividad física) de un Programa de Educación para la Salud dirigido a pacientes con osteoartritis.

**Diseño:** Se trata de un estudio de intervención prospectivo.

**Material y métodos:** La población a estudio son los usuarios adscritos al Centro de Salud Luis Vives II de ambos sexos, de 45 a 70 años por osteoartritis demostrada radiológicamente en los dos últimos años y sintomatología clínica de dolor crónico. Han sido excluidos los pacientes con atraqueas o dolor secundario a otros procesos, los usuarios sin Historia Clínica y aquéllos que padezcan algún proceso que contraindiquen las actividades de rehabilitación física. La captación se ha realizado a partir del facultativo o la enfermera a la que están adscritos, realizándose la intervención en 32 personas.

Las actividades de EpS desarrolladas fueron: información sobre las características clínicas y terapéuticas del proceso, consejos generales sobre ejercicio, medidas físicas y medidas higiénico-posturales, ejercicios de rehabilitación y técnicas de relajación.

La fuente de información ha sido un cuestionario donde se recogen las variables a estudio antes de la intervención y seis meses después. La recogida de datos la ha realizado el propio grupo de investigadores. Para el análisis estadístico se ha utilizado la prueba z de comparación de proporciones.

**Resultados:** Del total de 32 personas que participaron en el estudio, el 9,4% eran hombres y el resto, 90,6% mujeres. La edad media era de 56,26 con una desviación típica de 7,38.

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) al comparar el consumo de medicamentos, la autopercepción del estado de salud y la actividad física antes y después de la medida, de forma que los pacientes refieren encontrarse mejor, consumir menos analgésicos y realizar más ejercicio físico.

#### **Conclusiones:**

1. Las actividades de EpS dirigidas a pacientes con osteoartritis parecen ser útiles al conseguir modificar hábitos entre los usuarios, relativos a la actividad física y al consumo de medicamentos.
2. La autopercepción del estado de salud ha mejorado después de la actividad. No obstante, es posible que el estudio esté sesgado por el hecho de que la segunda evaluación se realizó después del verano, y es evidente que durante esta época se produce, en general, un mejoría clínica de todos los procesos crónicos.

**TÍTULO: DIFERENCIAS DE CONOCIMIENTOS ENTRE USUARIAS Y NO USUARIAS SOBRE ANTICONCEPTIVOS ORALES**

**AUTORES: López Ortiz F, De la Sierra Ocaña G, Cantera Urcía V, Imaz Pérez F, Martín Moros JM, Tardío López M.**

Centro de Trabajo: C.S. M<sup>a</sup> de Guzmán • Teléfono de contacto (primer autor): 8829170.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Comparar el nivel de conocimientos sobre anticoncepción oral (ACO) entre usuarias y no usuarias de este método.

**Diseño:** Estudio descriptivo transversal.

**Material y Método:** Encuesta de opinión heteroadministrada por personal facultativo mediante muestreo consecutivo a 101 mujeres usuarias de ACO y 131 no usuarias de 15 a 45 años que acudieron a consulta desde febrero hasta abril de 1995.

**Resultados:** El 44% de las usuarias y el 41,2% de las no usuarias, no reconoció ningún efecto beneficioso al uso de ACO. Desconocían el efecto protector sobre algunos tipos de cáncer el 56,5% de consumidoras y el 48,5% de no consumidoras. Pensaban que producen cáncer un 46,5% y un 33,6% respectivamente. Un 78,2% de las consumidoras frente a un 75% de las que no lo son, creían necesarios períodos de descanso. El 15,8% de consumidoras desconocía la existencia de interacciones farmacológicas. En ningún caso se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

El 72% de consumidoras recibió la información directamente del personal sanitario. El 74% de las no consumidoras la recibió de amigos o medios de comunicación.

#### **Conclusiones:**

- 1.- No existen diferencias entre usuarias y no usuarias sobre los efectos beneficiosos y perjudiciales de los ACO.
- 2.- La información recibida por la mayoría de las consumidoras provenía del personal sanitario, a pesar del alto porcentaje de conocimientos erróneos que éstas tenían.
- 3.- Corresponde al personal sanitario mejorar el nivel de educación que se proporciona a las usuarias de este método anticonceptivo.

**TÍTULO: EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA**

**AUTORES: Heliadora Mencías Gutiérrez (Comisión de Educación para la Salud).**

Centro de Trabajo: C.S. Juncal. • Teléfono de contacto: 6766012.

**RESUMEN ESTRUCTURADO**

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivos:**

**Principal:** Favorecer la integración de la EpS en el Currículum Escolar, mediante la elaboración de un proyecto por parte del profesorado.

**Objetivos secundarios:**

- 1.- Proporcionar los conocimientos necesarios sobre los factores que favorecen estilos de vida saludables, a profesores y a padres de alumnos.
- 2.- Promover en los integrantes de la comunidad escolar, actitudes positivas y hábitos de vida sanos.
- 3.- Potenciar la comunicación y coordinación entre el C.S. y toda la comunidad escolar.

**Diseño:** Desde el año 93 se han impartido 4 cursos de hábitos saludables. 2 a los profesores de 2 Colegios Públicos de nuestra Zona Básica (Colegio Severo Ochoa, curso 93-94, y Colegio Ramón Carande, Curso 94-95). Cursos a los padres de alumnos en los años 95 y 96.

Los cursos han sido impartidos por los profesionales integrantes de la Comisión de EpS del Centro de Salud Juncal.

**Material y Métodos:** En los cursos a profesores, los participantes eligieron los temas a desarrollar: Concepto de Salud, Higiene, Ocio y Tiempo Libre, Alimentación, Salud Medio-Ambiental y Prevención de Accidentes. Se aplicó una Metodología Participativa. Para el análisis de cada uno de los temas se utilizó el modelo PRE-CEDE, basado en la teoría del Aprendizaje Social.

En los cursos a padres, los temas han sido los desarrollados por los profesores con los alumnos. En estos cursos se ha utilizado una metodología participativa, con grupos de resolución de problemas y los resultados se han utilizado para trabajar los HÁBITOS SALUDABLES.

**Resultados:** El profesorado de cada colegio ha elaborado un proyecto de EpS en la escuela, que luego han implantado en los cursos escolares 94-95 y 95-96. Los dos Colegios han contado con Subvenciones de la CAM para la implantación de los proyectos de EpS.

**Conclusiones:** Dentro del sector docente, hay un pequeño porcentaje de profesionales que no cree que sea misión de la Escuela llevar a cabo la EpS. Así mismo dentro del Sistema Sanitario, también hay profesionales que no están dispuestos a realizar una EpS fuera del Centro de Salud.

Para nosotros es una tarea principal el apoyar a los profesionales docentes en su tarea de formación del niño, dentro del Campo de Salud.

Pero el niño también debe ser formado por sus padres, por eso creemos necesario llevar a cabo programas paralelos de formación de familia.

Ya hemos llevado a cabo esta labor en dos Colegios y nuestro objetivo es seguir ampliando el número de éstos, labor que esperamos llevar a cabo en los próximos años.

**TÍTULO:** EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA TÉCNICA DE RELAJACIÓN PROGRESIVA EN CONSULTA ENFERMERÍA

**AUTORES:** M<sup>a</sup> Concepción Martín Arribas y Noemí Sáenz Bajo.

Centro de Trabajo: C.S. Luis Vives II. • Teléfono de contacto (primer autor): 8805610.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivos:** Evaluar la eficacia de la enseñanza de una técnica de relajación progresiva en sujetos diagnosticados de fibromialgias, ansiedad y somatizaciones.

**Diseño:** Estudio descriptivo.

**Material y Método:** La población a estudio son 25 pacientes diagnosticados de fibromialgias, ansiedad y somatizaciones derivados a una consulta de enfermería para aprendizaje de una técnica de relajación progresiva (Jacobson modificada). Se realizaron entre 5 y 7 sesiones, individuales o en grupos de 3-4 personas. Las sesiones finalizaban cuando los sujetos manifestaban conocer la técnica y conseguían relajarse. Entre sesiones se les pedía ejercitarla dos veces al día en casa.

Posteriormente, se realizó una encuesta telefónica para conocer su opinión sobre: la utilidad de la técnica, la mejoría alcanzada, el tiempo dedicado a la técnica, y si han podido reducir medicación para su dolencia al introducir la relajación.

**Análisis:** Tablas de porcentajes.

**Resultados:** El 84% (21) de la muestra fueron mujeres, el 16% (4) hombres. El rango de edades fue 18-59 años. El 48% (12) tienen enseñanza primaria, el 28% (12) secundaria, el 4% (1) medios y el 20% (5) superiores. El 72% (18) fueron derivados por ansiedad y somatizaciones y el 28% (7) por fibromialgias. Mejoraron de su dolencia el 76% (19). De éstos el 60% (15) se encuentran entre los 18 y 40 años. Los sujetos con estudios superior, medio o secundario han mejorado el 100% frente al 50% de los que tienen estudios primarios. Sin embargo, si estratificamos por grupos de edad se observa que la mejoría está más en relación con la edad que con el nivel de estudios. En los sujetos con estudios primarios, pero con menos de 45 años, el porcentaje de mejora es similar al de aquellos con estudios superiores (80% frente al 100% respectivamente). En el grupo de edad de 45 o más años sólo el 28% con nivel primario de estudios dice encontrar mejoría frente al 100% de los sujetos de esta edad con estudios superiores. De 18 sujetos derivados por ansiedad el 83,3% (15) han mejorado y de 7 que sufrían fibromialgias, solo el 57% (4) mejora.

#### Conclusiones:

- 1º.- El 76% de pacientes refiere mejoría de su dolencia al utilizar la técnica de relajación.
- 2º.- La mejoría es mayor cuando el motivo de derivación es por ansiedad, sin embargo, hay que reseñar que el número de pacientes con fibromialgia analizado es pequeño.
- 3º.- La eficacia de la medida parece relacionarse con el nivel de estudios y sobre todo con la edad: el mayor porcentaje de mejoría se sitúa en los grupos de edades inferiores a los 45 años y en personas con nivel de estudios medio-superior.
- 4º.- Se puede rentabilizar la eficacia de esta intervención definiendo criterios claros de derivación.

II. EDUCACIÓN PARA LA SALUD  
PANELES



**TÍTULO: EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL EN HIPERTENSIÓN**

**AUTORES: EAP Virgen del Val.**

Centro de Trabajo: E.AP V. Val.

#### **RESUMEN ESTRUCTURADO**

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Ampliar los conocimientos adquiridos por la Educación para la Salud (EpS) individualizada de las personas incluidas en protocolo de HTA autilizando EpS grupal.

**Diseño:** Estudio de intervención sobre grupos de personal incluidos en protocolo de HTA.

#### **Material y Métodos:**

- Periodo de Estudio: Desde Septiembre del 95 a Mayo del 96.
- Población de Estudio: Participaron un total de 105 hipertensos que fueron captados telefónicamente de forma sistemática entre todos los hipertensos protocolizados.
- Intervención: Se realizaron 6 charlas-coloquio, con un intervalo de mes y medio, por dos médicos y una enfermera de EAP. Para evaluar la intervención se les proporcionó un pre-test y un pos-test idéntico y anónimo, con diez preguntas, con cuatro respuestas cada una, de las que sólo una es válida.
- Material de Apoyo: Transparencias y hojas informativas.

#### **Resultados:**

- Del total de hipertensos protocolizados existentes en nuestro EAP han recibido EpS grupal un 26,25%.
- La edad osciló entre 38 y 65 años, siendo la media de 51 años.
- El 60% de los asistentes han sido mujeres.
- Del 83% de pre-test recogidos hubo un 54% de respuestas correctamente contestadas, mientras que del otro 83% de pos-test recogidos el porcentaje de aciertos fue del 69%.

#### **Conclusiones:**

De los resultados se deduce que las charlas-coloquio han sido útiles y positivas, respondiendo al objetivo establecido en un principio, lo que nos estimula a seguir con las mismas. También nos hace pensar en la posibilidad de realizar un estudio futuro que compruebe si el aumento de conocimientos demostrado gracias a la EpS grupal revierte de forma individual en la mejora del control de las cifras tensionales.



**TÍTULO:** EDUCACIÓN GRUPAL A DIABÉTICOS. EXPERIENCIA EN EL EAP LUIS VIVES I. ÁREA 3

**AUTORES:** Alonso Val A, Canellas Criado Y, Crespo Abarca E, Sahuquillo I, García JM, Guijarro R, Díaz Belinchón O, Rodríguez A.

Centro de Trabajo: E.A.P. Luis Vives I. • Teléfono de contacto (primer autor): 8805610.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Mejorar el nivel de salud y favorecer actitudes positivas y conocimientos de su enfermedad en los diabéticos.

**Diseño:** Estudio descriptivo.

**Material y Métodos:** Estudio realizado en el E.A.P. Luis Vives I a partir de de dos grupos de EpS en pacientes diabéticos y familiares captados a través de la consulta de medicina general y enfermería en los meses de junio y diciembre de 1995. Las personas captadas fueron 14 y 12 respectivamente.

Se realizaron 6 sesiones educativas por curso de una duración media de 60/90 minutos.

Se les pasó un pre-test con preguntas sencillas y un post-test algo más avanzado para evaluar conocimientos adquiridos y así como un cuestionario con preguntas abiertas para valoración del grupo.

**Resultados:** De las 26 personas captadas, 3 de ellas eran familiares, en el grupo de junio, y 2 en el de diciembre.

En cuanto a la distribución por sexos, 9 eran mujeres (64%) y 5 varones (36%) en el grupo de junio; y 7 (58%) y 5 (42%) en el grupo de diciembre.

La asistencia media a las sesiones fue de 11,6 (83%) en el primer grupo y de 9 (75%) en el segundo grupo.

A lo largo del curso hubo 5 pérdidas en el primer grupo y 6 en el segundo.

Las respuestas consideradas correctas fueron:

- Junio:

Pretest (máximo 12 puntos): Media  $7,8 \pm 1,83$ .

Postest (máximo 22 puntos): Media  $16,5 \pm 4,87$ .

- Diciembre:

Pretest (máximo 12 puntos): Media  $9,05 \pm 1,53$ .

Postest (máximo 17 puntos): Media  $13,6 \pm 2,79$ .

La valoración del grupo fue muy buena con expresiones de ánimo para continuar con estas actividades.

#### **Conclusiones:**

En nuestra experiencia en el Centro con grupos de educación para la salud a diabéticos, hemos observado:

- Aumento del conocimiento de su enfermedad.
- Favorece actitudes positivas frente a la misma.
- Buena valoración de educación para la salud en grupo de diabéticos.

**TÍTULO:** EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN SOBRE MEJORA DE CONOCIMIENTOS PARA EL AUTOCUIDADO EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

**AUTORES:** Domínguez Macías I, López Carabaño A, Martín Arribas C, Medina Diéguez Y, Monfort Fernández F, Sáenz Bajo N.

Centro de Trabajo: Luis Vives II. • Teléfono de contacto (primer autor): 8805610.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Evaluar la eficacia (medida en términos de mejora de conocimientos) de un programa grupal de Educación Sanitaria dirigida a pacientes con HTA.

**Diseño:** Estudio de intervención prospectivo.

**Material y Método:** La población a estudio son los usuarios adscritos al Centro de Salud Luis Vives II de ambos sexos, de 40 a 60 años, diagnosticados de HTA esencial ligera o moderada incluidos en protocolo de HTA. Han sido excluidos los analfabetos y aquéllos en cuya historia no constan los registros en el último año. La muestra de 31 personas se ha seleccionado por muestreo aleatorio sistemático y han sido captadas telefónicamente. El estudio se realizó durante los meses de marzo y abril de 1996.

Los pacientes se distribuyeron en tres grupos y las actividades desarrolladas fueron: cuatro sesiones (2 horas cada una) a cada grupo, en las que de forma teórico-práctica recibieron información sobre etiología, clínica y terapéutica de la HTA, así como sobre la dieta, el ejercicio físico y técnicas de relajación.

Las fuentes de información han sido una hoja de recogida de datos, y un cuestionario autoadministrado donde se recogen las variables de estudio antes y después de la intervención.

Para el análisis estadístico se ha utilizado la prueba t de Student para datos apareados.

**Resultados:** Del total de 31 personas que participaron en el estudio, el 32, 3% eran hombres y el resto, 67,7% mujeres. La edad media era de 51,97 con una desviación típica de 4,72.

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ( $<0,05$ ) al comparar el nivel de conocimientos antes y después de la medida, de manera que los pacientes han aumentado los conocimientos sobre su enfermedad.

**Conclusiones:** De los resultados obtenidos se evidencia la utilidad de las actividades de información en grupo. Se debe determinar si implica una modificación en las actitudes de los hábitos entre los usuarios.

**TÍTULO:** TALLER DE SALUD DE LA MUJER

**AUTORES:** Esperanza Crespo (T.Social), Trini Llanos (T.Social), M<sup>a</sup> Jesús de Luis (Matrona. Turno tarde).

Centro de Trabajo: Luis Vives. • Teléfono de contacto (primer autor): 8805610.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivos:** Mejorar las habilidades personales y sociales de la mujer después de la maternidad. Descubrir y reforzar la importancia de ser madre. Fomentar la autoestima de la mujer.

**Diseño:** Taller de grupo de madres.

**Material y Métodos:** Se realizaron 6 sesiones semanalmente, con una duración de 90 minutos, entre los meses de marzo y abril de 1995. El grupo estaba constituido por 12 mujeres que respondían a un perfil previamente diseñado, con características semejantes.

El desarrollo de las sesiones consistía en una exposición teórica de 30 minutos (de temas elegidos por ellas mismas). A continuación tenía lugar una discusión de grupo de 30 minutos y finalmente se concluía con una puesta en común de los distintos grupos. Al finalizar se les pasó un cuestionario de valoración y participación personal a todas las asistentes.

#### **Resultados:**

La asistencia ha sido del 100% desde el inicio del taller:

- Comenzaron 12 mujeres y terminaron las mismas.
- Las técnicas que se utilizaron de: discusión de grupos, roll-playing, favorecieron en gran medida la participación de todos los miembros del grupo.
- En cuanto a organización, metodología y la actividad en sí misma, las participantes han manifestado una valoración positiva a nivel personal y de conocimientos prácticos compartidos con el grupo.

#### **Conclusiones:**

Se ha constatado la importancia de contar con un espacio donde poder compartir la experiencia primera de ser madre (dudas, vivencias, mitos...), con los cambios personales que esta nueva situación provoca en la mujer.

Se ha manifestado un gran interés por seguir con este tipo de actividad, así como incorporar nuevos temas y otros profesionales.

**TÍTULO:** ANÁLISIS Y ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA

**AUTORES:** Aurelio Sáenz Gutiérrez (Comisión de Educación para la Salud).

Centro de Trabajo: C.S. Juncal. • Teléfono de contacto: 6766012.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivos:** El objetivo es analizar datos orientativos para establecer diferentes estrategias a la hora de organizar actividades de Educación para la Salud en un colegio de nuestra Zona Básica.

**Diseño:** Para ello consideramos estudiar las diferencias de percepción en cuanto a los hábitos higiénico-dietéticos de los niños, estudiando por separado 3 de los 4 grupos que toman parte en las actividades de Educación para la Salud (Padres, Profesores y Niños), manteniendo como es obvio nuestra opinión al margen.

**Material y Método:** Utilizamos para ello unas encuestas de carácter "cualitativo" elaboradas por los profesores del colegio, adaptándolas a nuestro objetivo mediante la introducción de algunos elementos "cuantitativos", que nos ayudarán a determinar con cierta objetividad si existía o no diferencias entre los grupos.

**Resultados y Conclusiones:** Los resultados arrojaron diferencias de valoración en los tres grupos en cuanto a la frecuencia de determinadas prácticas de higiene por parte de los niños, así como diferencia al percibir como "suficientes" algunos elementos "nutritivos" de la alimentación de los escolares.

Las conclusiones se resumen en la necesidad de elaborar distintas estrategias a la hora de abordar las actividades de Educación para la Salud en los grupos mencionados, teniendo en cuenta no sólo el aspecto cultural y etario de los grupos sino además, la percepción de la higiene y alimentación como "suficiente" o "insuficiente".

Mientras que en algún grupo consideramos necesario el dirigir nuestro esfuerzo en "enseñar hábitos saludables", en otro grupo quizás sería más positivo el tratar de conseguir una conciencia de "falta de hábitos" y de "necesidad de.."

**TÍTULO:** ESTUDIO SOBRE LA INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL EN EL CONTROL DE LAS CIFRAS TENSIONALES EN PACIENTES HIPERTENSOS

**AUTORES:** Paloma Alba Maderuelo, Paloma Gómez Sal, Pilar Mateos González.

Centro de Trabajo: C.S. "María de Guzmán". • Teléfono de contacto (primer autor): 8829170.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Conocer los cambios en las cifras tensionales y la frecuentación de las consultas de pacientes con Hipertensión Arterial (HTA) que han recibido Educación para la Salud (EpS) grupal.

**Metodología:**

**Diseño:** Estudio antes-después (Dic-1992 a Abril 95).

**Ámbito:** Centro de Salud urbano (Unidad Docente).

**Sujetos:** Veinticinco hipertensos protocolizados (diagnosticados según criterios de la Organización Mundial de la Salud), incluidos en tres grupos de EpS que asistieron al menos a 5 de las 7 sesiones de 1 hora de duración.

**Mediciones:** Variables estudiadas: edad, sexo, número de visitas para seguimiento de la HTA, medidas de presión sistólica (PAS) y diastólica (PAD). Las mediciones del nº de visitas, PAS y PAD se realizaron durante los 6 meses previos a la realización del curso y los mismos 6 meses un año más tarde. El análisis estadístico utilizado para la comparación de medias fue la t-Student para datos apareados. Previamente se comprobó la normalidad de los datos con el test de Shapiro-Wilks. Se considera significativa una  $p < 0,05$ .  
Software utilizado: DBASE-IV y SPSS-PC.

**Resultados:** De los 25 hipertensos estudiados, el 80% eran mujeres y el 20% hombres. El 80% mayores de 65 años. Hubo una reducción estadísticamente significativa ( $p=0,02$ ) en el nº de visitas, antes (4,76 en 6 meses) y después (3,52 visitas en 6 meses) de recibir EpS. No se observó una reducción significativa de la PA durante el periodo estudiado.

**Conclusiones:** Se observa una disminución del número de visitas de seguimiento en pacientes hipertensos tras la EpS grupal. Relacionado con una mayor implicación de los pacientes en el cuidado de su HTA y una tendencia a la disminución de las cifras tensionales, lo cual hace pensar en la necesidad de ampliar el estudio a una muestra mayor para extraer conclusiones significativas al respecto.

**Palabras clave:** Educación para la Salud (EpS). Hipertensión Arterial. Atención primaria.

**TÍTULO:** ENCUESTA SOBRE HÁBITOS DE VIDA Y PROBLEMAS DE SALUD EN LA POBLACIÓN URBANA

**AUTORES:** Valero Muñoz MR, Vara Bengoechea E, Ibáñez Brillas M, Parra Galindo F.

Centro de Trabajo: Fronteras Ramiro II. • Teléfono de contacto (primer autor): 6775089.

### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

#### Objetivos:

- Conocer los hábitos de vida de nuestra población.
- Valorar el conocimiento que cree que tiene la población sobre las patologías más frecuentes y hábitos de vida.
- Conocer el interés de la población en la participación en actividades de Educación para la Salud.

**Diseño:** Estudio descriptivo transversal. Se aplicaron las diferencias de proporciones en el tratamiento estadístico.

**Material y Método:** Se realizó un muestreo aleatorio estratificado por edad y sexo entre la población adscritas al Centro de Salud obteniendo una muestra de 390 personas. Se informó a la población de la puesta en marcha del estudio mediante el buzoneo de un díptico, solicitando su colaboración.

En los meses de Mayo a Junio del 94 se contactó telefónicamente hasta un máximo de tres veces, con los sujetos seleccionados, convocándoles en el centro para la cumplimentación de una encuesta de preguntas cerradas, previamente validada, y supervisada por sanitarios del equipo.

En la encuesta se preguntaba sobre hábitos tóxicos, hábitos alimenticios, si realizaba actividad física y también se preguntó sobre los conocimientos de patologías frecuentes (HTA, diabetes, SIDA..) así como si estaban interesados en dichos temas. Para finalizar se preguntaba si asistirían a actividades de Educación para la Salud.

**Resultados:** La participación fue del 50,76% siendo mayor en los grupos de más edad ( $p < 0,05$ ) y sin diferencias significativas entre sexos.

Respecto a los hábitos de vida un 33,83% son fumadores, un 56,07% bebedores y un 1,01% refieren ingesta habitual de drogas.

En cuanto al consumo de alimentos un 75% toma leche y derivados, fruta y cereales diariamente, el 50% consume carne de 3 a 5 veces en semana y un 50% toma menos de 3 veces en semana verdura, pescado, embutidos, huevos y legumbres.

El 7,1% sigue dieta sin control médico.

El 55,05% no realizan ejercicio regularmente.

El 77,4% manifiesta tener un conocimiento escaso sobre las patologías más frecuentes y hábitos de vida, sintiéndose preocupados por su repercusión sobre la Salud y el 85,8% manifestó interés en acudir a actividades educativas sobre dichos temas.

#### Conclusiones:

- Existe un alto porcentaje en la población que refiere ingesta alcohólica y hábito tabáquico.
- Destaca la escasa ingesta de verduras, pescado, embutidos, huevos, dulces y legumbres.
- Existe escaso conocimiento sobre los hábitos de vida y patologías más frecuentes y un alto interés en participar en actividades educativas en dichos temas por lo que se inició un programa de Educación para la Salud para la Comunidad.

**TÍTULO:** EDUCACIÓN AFECTIVO - SEXUAL EN LA ESCUELA

**AUTORES:** Enfermeras del EAP "Juan de Austria".

Centro de Trabajo: EAP "Juan de Austria".

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Fomentar actitudes, conocimientos y hábitos saludables sobre la sexualidad en la población infantil del Colegio "MINERVA", a través de la información, sensibilización y motivación de los profesores.

**Destinatarios:** La totalidad de los profesores del Colegio "MINERVA" perteneciente a los niveles educativos de Preescolar y E.G.B.

**Material y Método:** El material utilizado ha sido el siguiente:

- Un Pretest de preguntas elaboradas por las enfermeras docentes con el fin de conocer de forma global los conocimientos y las actitudes de los asistentes al curso sobre el tema de la sexualidad.
- 2 películas de vídeo que facilitaron la exposición de algunos temas.
- 1 retroproyector para transparencias.
- Encuesta elaborada por el C.E.P.

Las sesiones constaron de una fase de exposición y otra de charla-coloquio con una elevada participación de todos los asistentes.

El Proyecto se desarrolló durante el periodo de tiempo de Noviembre de 1994 a Mayo de 1995.

**Evaluación:** Se hizo una evaluación mediante una encuesta elaborada por el C.E.P. Además se valoraron:

- La asistencia y participación.
- La observación de las enfermeras docentes.
- Las opiniones de las enfermeras docentes.
- Las opiniones expresadas por los asistentes al curso.

**Conclusión:** La realización de este Proyecto de EpS ha resultado una experiencia muy positiva tanto para las enfermeras (docentes) como para los profesores (asistentes) a pesar de las dificultades que se plantearon durante su desarrollo.

**TÍTULO:** EDUCACIÓN PARA LA SALUD A MUJERES EN LA ETAPA DE LA MENOPAUSIA

**AUTORES:** Beatriz Carrasco Fernández, Pilar Mateos González.

Centro de Trabajo: C.S. "María de Guzmán I". • Teléfono de contacto (primer autor): 8829170.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:**

- 1.- Informar, apoyar y asesorar a la mujer en esta etapa de la vida.
- 2.- Conseguir un mayor autoconocimiento, autoaceptación y autocontrol y elevar así, la autoestima de la mujer en esta etapa.
- 3.- Conseguir una actitud positiva de la mujer a través de las experiencias propias y del grupo.

**Material y Método:**

**Diseño:** Actividad protocolizada en el equipo de atención primaria.

**Población:** Mujeres entre 44-55 años, con estudios primarios, frecuentadoras de consulta que presentan síntomas tales como: ansiedad, insomnio, irritabilidad, agitación, sobrecarga social y estrés, así como, déficit de autocuidado en el área del propio concepto según diagnóstico de enfermería (801-03).

**Método:** Se realizaron sesiones grupales formadas por 13 mujeres que acudieron a 7 de las 8 sesiones. Con una duración de una hora, constando cada sesión de la presencia de 2 profesionales que realizaban las funciones de coordinador y observador.

La dinámica de las sesiones partía del propio discurso grupal, reconducido por el coordinador de la sesión.

**Análisis:** Se ha realizado mediante valoración cualitativa a través de grupos de discusión.

**Resultados:**

- Desmitificación sobre la etapa de la Menopausia.
- Cambio de actitudes respecto a la alimentación, ejercicio físico y ocupación del tiempo libre.
- Identifican los signos que aparecen asociados en esta etapa y adquieren habilidades que mejoran su calidad de vida.
- Adquieren conciencia de que el rol de cuidadora no es su único rol.

**Conclusiones:** La Educación para la Salud a mujeres en la etapa de la Menopausia, es una actividad muy válida para la promoción de la Salud y una tarea altamente gratificante, tanto para las mujeres como para los propios profesionales debido a los efectos positivos sobre la Salud que genera el trabajo grupal.



**TÍTULO:** EDUCACIÓN PARA LA SALUD A NIÑOS CON ASMA

**AUTORES:** Beatriz Carrasco Fernández, Pilar Laso, Pilar Mateos González,  
Montserrat Mazana, Alí Musa.

**Centro de Trabajo:** C.S. María de Guzmán. • **Teléfono de contacto (primer autor):** 8829170.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

##### **Objetivo:**

- 1.- Conseguir el autocuidado del niño con asma.
1. 1.- Posibilitar a través del trabajo grupal la modificación de actitudes para una mayor autonomía y auto responsabilidad.
1. 2.- Lograr un mejor conocimiento del proceso de Salud-Enfermedad, proporcionar información, discutir y analizar de forma teórica y práctica qué es el Asma como enfermedad y como forma de vida.
1. 3.- Ayudar en la adquisición de habilidades y estrategias para la modificación de actitudes.

##### **Material y Método:**

**Diseño:** Actividad protocolizada en el equipo de atención primaria.

**Población:** Niños con asma, con edades comprendidas entre 8-11 años acompañados de su cuidador principal que presentaban dificultades y/o deficiencias en su autocuidado ante el problema de asma, siendo un total de nueve niños y nueve madres.

**Método:** Las sesiones tuvieron una duración de una hora a lo largo de siete sesiones, con una periodicidad semanal, contando con la presencia de un coordinador y un observador. Las sesiones fueron participativas utilizando para ello ejercicios prácticos, que ayudaban a la mejor comprensión de los contenidos y la búsqueda de alternativas ante determinados problemas a través del propio discurso grupal.

**Análisis:** Se realizó:

- Pre o Post encuesta.
- Registro de la sesión grupal diaria.
- Valoración cualitativa mediante grupo de discusión al finalizar el grupo.

**Resultados:** Las respuestas más significativas con respecto a los padres, antes y después de la realización del grupo:

- P2: antes 7, y después 9 (¿saben sus hijos reconocer el inicio de una crisis de asma?).
- P3: antes 3, después 7 (¿saben sus hijos qué hacer ante una crisis de asma?).
- P9: antes 6, después 8 (¿no hay que suspender la medicación preventiva en la crisis de asma?).
- P3: antes 5, después 9 (¿sabes lo que tienes que hacer cuando notas que te va a dar una crisis de asma?).

La asistencia a las siete sesiones fue del 100%.

En la actualidad se están elaborando las conclusiones provenientes del grupo de discusión.

**Conclusiones:** La alta participación en el grupo por todos los miembros, el cambio importante en torno a qué hacer frente a una crisis de asma, y la dinámica de las sesiones adaptada a la población infantil han contribuido a generar un salto cualitativo importante con respecto a la capacidad de autocuidarse de los niños ha generado una mayor confianza en los cuidadores-madres con respecto a éstos.

III. UTILIZACIÓN ADECUADA DEL MEDICAMENTO  
COMUNICACIONES ORALES



**TÍTULO:** TRATAMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN LA ZBS CORRESPONDIENTE A LOS EAP RAMIRO II Y PUERTA DE MADRID

**AUTORES:** Díaz MV, Loscos MA, Sánchez-Vicente JC, Morales S, Artigas MV, del Sol M.  
Centro de Trabajo: Ramiro II. • Teléfono de contacto (primer autor): 8831931.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Conocer el tratamiento del asma infantil utilizado por los Pediatras de dos EAP de una misma ZBS en Alcalá de Henares.

**Material y Método:**

**Diseño:** Estudio descriptivo transversal.

**Fuente de datos:** Historias clínicas de 6 consultas de Pediatría de la ZBS.

**Población:** Niños de 0 - 14 años historiadados en consulta de Pediatría y con criterios definidos de asma.

**VARIABLES DE ESTUDIO:** Tratamiento del asma crónico - tratamiento de la agudización asmática - fármacos utilizados - vía de administración de los fármacos.

**Periodo de estudio:** del 31 de enero de 1995 al 1 de febrero de 1996.

**Método:** Se revisan las historias clínicas de los pacientes que se conocen con diagnóstico de asma según el Consenso Internacional Pediátrico (1992). La clasificación de gravedad del asma sigue los criterios del Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría, Residentes Hospital Infantil La Paz (1993). A partir de la gravedad (leve, moderada, severa) se determina el tipo de tratamiento preventivo y el tipo de tratamiento de las agudizaciones asmáticas y la vía de administración de los fármacos según está registrado en las historias clínicas de los niños durante el periodo de tiempo definido.

**Resultados:** De un total de 111 niños con asma, observamos que el tratamiento preventivo es usado por el 64% (39/61) de los niños con asma leve: con mayor frecuencia utilizan cromonas inhaladas solas (15 nedocromil sódico y 10 cromoglicato disódico) seguido de ketotifeno oral solo (12); 2 niños usan ketotifeno oral más cromoglicato disódico inhalado. De los niños con asma moderado el 100% (45/45) utiliza el tratamiento preventivo: con mayor frecuencia usan cromonas inhaladas solas (15 nedocromil sódico y 11 nedocromil disódico), seguido de corticoide inhalado solo (9 budesonida); 8 niños utilizan cromonas asociadas a corticoides inhalados (4 nedocromil + budesonida, 3 cromoglicato + budesonida, y 1 nedocromil + beclometasona); 1 niño usa ketotifeno asociado a cromoglicato disódico y 1 niño nedocromil y salmeterol inhalados. Todos los niños con asma severa (5/5) precisaron tratamiento preventivo: el 100% usó budesonida inhalada: en 1 niño sola, en 3 niños asociado a cromonas (2 a nedocromil y 1 a cromoglicato) y en 1 caso asociado a salmeterol inhalado. La vía inhalatoria fue utilizada en el 100% de los niños con asma severa y moderada. En el asma leve, el 44% (27/61) de los niños que precisaron tratamiento utilizaron la vía inhalatoria, 20% (12/61) utilizaron la vía oral y un 36% (22/61) no requirieron tratamiento. Respecto al tratamiento durante las crisis, el 88% (98/111) de los niños usan B<sub>2</sub> adrenérgicos solos: 25 por vía oral (23 salbutamol y 2 terbutalina) y 73 por vía inhalada (65 salbutamol y 8 terbutalina); el 10% (11/111) utilizaron corticoides asociados a los B<sub>2</sub> adrenérgicos: 5 budesonida inhalada + B<sub>2</sub> adrenérgicos inhalados (3 salbutamol y 2 terbutalina) y 6 emplean prednisona oral + B<sub>2</sub> adrenérgicos (5 salbutamol inhalado y 1 oral).

**Conclusiones:** La budesonida inhalada fue el fármaco más utilizado en el tratamiento preventivo del asma severa. Las cromonas solas, o asociadas a corticoide inhalado son los fármacos más empleados en el tratamiento preventivo del asma moderada. En el tratamiento preventivo del asma leve se utilizaron con mayor frecuencia cromonas, seguido de ketotifeno. El tratamiento de la agudización asmática se resolvió en un 88% con B<sub>2</sub> adrenérgicos. La vía inhalatoria es la más frecuentemente usada tanto en el tratamiento preventivo como en la reagudización del asma en niños.

**TÍTULO:** UTILIZACIÓN DE BENZODIACEPINAS EN UN CENTRO DE SALUD

**AUTORES:** Martín Martín S, García García I, Calvo Martínez F, Tomé Arias C,  
Olivera R, Canellas Y.

Centro de Trabajo: C.S. María de Guzmán. • Teléfono de contacto (primer autor): 8829170.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Evaluar la utilización y calidad de prescripción de benzodiazepinas en la ansiedad en nuestro Centro de Salud.

**Diseño:** Estudio descriptivo transversal.

**Material y Método:** 168 prescripciones de benzodiazepinas por ansiedad realizadas entre diciembre (1993) - febrero (1994). A partir de bibliografía, se establecieron 8 criterios de uso adecuado de benzodiazepinas y sus estándares. Las variables fueron recogidas de las historias y entrevistas. Se obtuvieron índices de cumplimiento de los criterios.

**Resultados:** 104 casos (61,89%) iniciaron tratamiento con benzodiazepinas por tiempo indefinido. 127 casos (75,6%) consumen benzodiazepinas por tiempo superior a 6 meses; 72 (42,85%) por más de 3 años, de ellos 47 (65,28%) fueron prescritos por psiquiatría. Los fármacos más utilizados fueron bromazepam (32,14%), clorazepato (18,45%), lorazepam (15,47%), diazepam (14,28%). En todos los casos las dosis utilizadas se ajustaban a los estándares establecidos. Alprazolam fue utilizado en un 8,9%. En 15 casos (8,9%) se usaron asociaciones farmacológicas fijas.

#### Conclusiones:

- 1.- En nuestro Centro de Salud las dosis medias de benzodiazepinas utilizadas para el tratamiento de la ansiedad se ajustan a los límites recomendados.
- 2.- Una vez indicadas, el tiempo de utilización es, en la mayoría de los casos, superior a 6 meses (límite máximo recomendado por la bibliografía).
- 3.- Las 4 benzodiazepinas más frecuentemente prescritas son de acción intermedia y larga. A pesar de que alprazolam no es de primera elección en el tratamiento de la ansiedad, ha sido prescrito en algunos casos.
- 4.- Es necesario establecer medidas correctoras para mejorar la calidad de prescripción de benzodiazepinas en nuestro centro de salud.

**TÍTULO: USO DE BETABLOQUEANTES EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL INFARTO DE MIOCARDIO EN ALCALÁ DE HENARES**

**AUTORES: García Areces MF, Altallaa Rached A.**

Centro de Trabajo: EAP Manuel Merino. • Teléfono de contacto (primer autor): 8824132.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Conocer el estado actual de la prescripción de betabloqueantes en la prevención secundaria de infartados en Alcalá de Henares.

**Diseño:** Estudio descriptivo transversal sobre el total de pacientes correspondientes a un subconjunto de centros y médicos seleccionados aleatoriamente.

**Material y Método:** Se han seleccionado todos los pacientes infartados entre las historias clínicas correspondientes a 23 médicos de atención primaria, de 8 centros de salud de Alcalá de Henares.

Como consecuencia de esta selección, se han encontrado 317 pacientes infartados, de los cuales 49 son mujeres y 268 hombres, de edades comprendidas entre los 30 y 90 años.

Hemos registrado el año en que se produjo el infarto y el nombre del betabloqueante (principio activo).

Posteriormente, hemos dividido a los pacientes en tres grupos según el tiempo transcurrido desde el último infarto. En cada uno de los grupos se ha calculado el porcentaje de utilización y se han contrastado las diferencias existentes según el test de la  $\chi^2$ .

Finalmente se analizó la distribución de los betabloqueantes más utilizados.

**Resultados:** El 37% de los infartados en general toma betabloqueantes. De los infartados de hasta 2 años de evolución, el 63,3% toma betabloqueantes; de los de >2 y <=7 años de evolución, el uso de estos fármacos es del 42,6%; y en los de >7 años del 25,2%. Las diferencias han sido significativas con una  $p < 0,001$ . Los fármacos más utilizados han sido: Atenolol 71,2%, Metoprolol 15,3%, Propanolol 9,9%, Bisoprolol 1,8% y Oxprenolol 1,8%.

**Conclusiones:** Aunque el uso de betabloqueantes es significativamente mayor en los dos primeros años tras el infarto, se constata la administración de dichos fármacos en un número notable de casos por periodos de tiempo superiores. Esto puede ser debido a su uso como anti-hipertensivos.

El betabloqueante mayormente empleado ha sido el Atenolol.

**TÍTULO:** NIVEL DE UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN ÁREA 3 A.P. DURANTE EL PERIODO DE JUN 93 - DIC 95

**AUTORES:** Mingo Rodríguez C., Martínez Martínez R.

Centro de Trabajo: Área 3 A.P. • Teléfono de contacto (primer autor): 8802990 / 8887872.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Dado el elevado nivel de utilización, la amplia variabilidad de alternativas terapéuticas, las nuevas incorporaciones de nuevos antibióticos a la oferta terapéutica en los últimos años, así como la necesidad de establecer políticas de antibióticos a nivel de A.P. que establezcan recomendaciones tanto de selección de principios activos como de su utilización en situaciones concretas, parece pertinente cuantificar el nivel de utilización de este grupo de medicamentos antes del establecimiento de dichas recomendaciones. Por tanto, los objetivos principales de este estudio han sido los siguientes:

- 1.- Conocer el perfil de utilización de antibióticos en el Área de salud, en relación al consumo total de antiinfecciosos.
- 2.- Analizar los antibióticos más utilizados de subgrupos terapéuticos priorizados en función de criterios de consumo, aparición de novedades terapéuticas en los últimos años, variabilidad de principios activos.

**Diseño:** Estudio descriptivo, longitudinal y cuantitativo.

**Material y Métodos:** Los datos de consumo se obtuvieron de la cinta de facturación de farmacia y del nomenclator de especialidades farmacéuticas del INSALUD, utilizándose la clasificación anatómica para la ordenación por subgrupos terapéuticos de los antiinfecciosos. El análisis y cuantificación del consumo se realizó en base al número de envases prescritos así como al número de dosis diarias definidas (DDD) consumidas, según las DDD y metodología al respecto establecida por la OMS.

**Resultados:** En un primer análisis del consumo de antiinfecciosos, se describen los diez grupos de antiinfecciosos más utilizados, los cuales constituyen el 93,49% de los antiinfecciosos (grupo J de la clasificación anatómica), las penicilinas de amplio espectro, antibióticos asociados a otras sustancias, macrólidos, cefalosporinas y quinolonas constituyen el 86% del consumo de antiinfecciosos. Dentro del grupo de quinolonas, las de mayor consumo fueron las norfloxacin (17.499 envases), ciprofloxacina (15.976 envases), ofloxacina (1.611 envases). Entre los antisépticos urinarios el ácido pipemídico representó 5.998 (24,35%). Entre los macrólidos, los más consumidos han sido: azitromicina (2,50%), claritromicina (9,11%), diritromicina (0,63%), eritromicina (19,53%), espiramicina (1,30%), josamicina (3,73%), miocamicina (14,89%) y roxitromicina (13,80%). Destacando la evaluación ascendente de claritromicina.

**Conclusiones:** La utilización de antibióticos se centra en pocos subgrupos terapéuticos, siendo necesario un análisis cualitativo de la utilización de estos medicamentos para mostrar la concordancia o no con recomendaciones de tratamiento antiinfeccioso en las patologías más relevantes en A.P. El incremento en algunos principios activos es una clara muestra de la necesidad existente de ambos tipos de actuaciones.

### III. UTILIZACIÓN ADECUADA DEL MEDICAMENTO.

#### PANELES





**TÍTULO:** EVOLUCIÓN EN EL USO DE BENZODIACEPINAS DURANTE UN PERIODO DE DOS AÑOS

**AUTORES:** Herrero de Dios A, Martín Martín S, López Ortiz F, Tabernero García J,  
Pérez Fernández M, Tardío López M.

Centro de Trabajo: C.S. María de Guzmán. • Teléfono de contacto (primer autor): 8829170.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Conocer la influencia de las actividades relacionadas con el uso racional del medicamento en la prescripción de benzodiazepinas en nuestro Centro de Salud.

**Diseño:** Estudio longitudinal de intervención, no aleatorio y sin grupo control.

**Material y Método:** Las variables fueron recogidas de las historias y entrevistas. Se compararon 277 prescripciones de benzodiazepinas realizadas en 3 meses de 1994 con 91 prescripciones durante un mes en 1996. Durante el periodo se desarrollaron sesiones de formación sobre el uso adecuado de benzodiazepinas.

**Resultados:** En 1994 el 80,15% de consumidores eran mujeres y de ellas el 77,93% amas de casa. En 1996 el 80,21% son mujeres y de estas el 78,08% amas de casa.

Hace 2 años las prescripciones más frecuentes fueron: bromazepam (23,82%), lorazepam (20,21%), clorazepato (13,71%) y diazepam (10,83%) y las principales indicaciones: ansiedad (54,78%) e insomnio (32,67%). En la actualidad las más utilizadas son bromazepam (24,17%), clorazepato (19,8%), lorazepam (18,68%), diazepam (8,75%) y sus indicaciones son por ansiedad (59,81%) e insomnio (28,03%).

En 1994 se prescribieron en atención primaria un 54,51% y en atención especializada un 45,2% y el 45,13% de los pacientes llevaban más de 3 años consumiendo benzodiazepinas. Ahora el 47,25% de las prescripciones se iniciaron en primaria y el 50,54% en especializada, llevando más de 3 años consumiéndolas el 41,75%.

Hace 2 años el 34,64% de los pacientes que tomaban benzodiazepinas consumían además 3 o más fármacos, en la actualidad esto ocurre en el 21,97% de los casos, única diferencia significativa encontrada ( $p < 0,05$ ).

#### Conclusiones:

- 1.- La población consumidora de benzodiazepinas de nuestro Centro de Salud está formado mayoritariamente por mujeres, amas de casa con problemas de ansiedad y/o insomnio, que utilizan estos fármacos de forma prolongada.
- 2.- A lo largo de estos 2 años el perfil de prescripción de benzodiazepinas no ha variado significativamente en nuestro Centro de Salud, excepto en una reducción del número de fármacos consumidos simultáneamente por estos pacientes.

**TÍTULO:** PERFIL DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO PSICOTROPO

**AUTORES:** EAP Virgen del Val.

Centro de Trabajo: EAP Virgen del Val.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Conocer el perfil del paciente consumidor de psicofármacos y proponernos medidas de intervención según los resultados obtenidos.

**Diseño:** Estudio descriptivo.

**Material y Métodos:** Durante el periodo del 15/01/96 al 15/04/96 se realizaron encuestas previamente validadas a todos los pacientes consumidores de psicofármacos, que acudieron al equipo de atención primaria por cualquier problema de salud aunque fuera ajeno al motivo de estudio. Se analizaron un total de 253 encuestas en las que se valoraban 16 ítems.

**Resultados:** Del estudio global se destacan:

- El 69, 5% de los pacientes son mujeres.
- El 39,53% de los pacientes tienen de 41 a 55 años en ambos sexos.
- El 71,54% son casados.
- El 83% tienen estudios primarios.
- El 35,97% son activos.
- Los hipnóticos sedantes benzodiazepínicos de acción intermedia han sido el fármaco más utilizado con un 37,9% seguidos de los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina con un 17,8%.
- La indicación más frecuente ha sido la depresión con un 31,62% seguida de la ansiedad con un 24,51%.
- La prescripción ha sido realizada en un 48% en Atención Primaria y en un 44% por Salud Mental.

**Conclusiones:** Los resultados nos invitan a realizar un futuro estudio de calidad de prescripción y a tomar medidas de intervención ya sean individuales o colectivas, en colaboración con Salud Mental así como a profundizar en las causas sociales que puedan contribuir al elevado consumo de fármacos psicotropos en nuestra zona básica de salud.

**TÍTULO:** ¿QUÉ PRESCRIBIMOS A LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS EN NUESTRO EAP?

**AUTORES:** Ibáñez Brillas M, Llorente Martín C, Nieto Díez MA, Domínguez Domínguez E, Echeverría Lizarraga L, Sigüero Angui A.

Centro de Trabajo: Fronteras. • Teléfono de contacto (primer autor): 6775017.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivos:** Analizar el número y tipo de medicamentos prescritos a los pacientes mayores de 65 años.  
Definir la prevalencia de polimedición de dichos pacientes.

**Diseño:** Estudio descriptivo transversal.

**Material y Métodos:** Se realizó un muestreo aleatorio estratificado por edad y sexo entre la población historiada mayor de 65 años. (n=1125). Se obtuvo una muestra de 273 pacientes. A través de la historia clínica se estudió la medicación prescrita durante los meses de Enero a Junio de 1994; se excluyeron 22 pacientes, al no constar ningún tipo de registro en ese periodo.

El análisis de la polimedición se realizó mediante corte transversal a Junio de 1994.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, principio activo, indicación y número de medicamentos utilizados en el mes de Junio.

**Resultados:** Se prescribieron 859 fármacos.

Los fármacos más prescritos fueron:

- 1.- Analgésico-Aines 151 (17%).
- 2.- Hipotensores 131 (15%).
- 3.- Antibióticos 60 (7%).

De los fármacos hipotensores el 38% corresponde a IECAS, 28% diuréticos y 20% calcioantagonistas; los IECAS utilizados fueron enalapril y captopril.

Las penicilinas y derivados (36,6%) y los macrólidos (26%) son los antibióticos más prescritos.

Los fármacos de baja utilidad terapéutica (UTB) suponen el 9,6% de las prescripción; del total de fármacos un 2% son mucolíticos y un 1,9% son vasodilatadores cerebrales.

Un 2,3% corresponde a fármacos hipolipemiantes; el 70% son estatinas.

El nivel de polimedición a Junio del 94 fue 2,1 por paciente.

Durante el periodo estudiado en 52 pacientes (20,5%) no consta ningún fármaco.

#### **Conclusiones:**

- Los fármacos más prescritos fueron analgésicos-aines e hipotensores.
- Los IECAS son los hipotensores más utilizados.
- Destaca la elevada utilización de estatinas.
- Los mucolíticos y los vasodilatadores cerebrales aún siendo los UTB más prescritos suponen un bajo porcentaje del total de fármacos.
- La prevalencia de polimedición fue del 2,1 por paciente.
- Es posible que desde el año 94 en el que se iniciaron programas de formación sobre el uso racional del medicamento se haya modificado nuestra prescripción por lo que sería interesante realizar un nuevo estudio para contrastarlo.

**TÍTULO:** EL ORIGEN DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN CENTRO DE SALUD

**AUTORES:** Luque Santiago A, Elola Gómez G, Vicente Luelmo A.

Centro de Trabajo: "La Plata". • Teléfono de contacto (primer autor): 6766411

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Conocer la prescripción generada en la Atención Especializada y la procedente de personas desplazadas. Comprobar la adecuación de los medicamentos a las patologías.

**Diseño:** Estudio descriptivo transversal.

**Material y Método:** Las recetas realizadas en dos consultas de un Centro de Salud, durante el primer trimestre de 1996. Se han considerado las siguientes variables: el origen de la prescripción (en la Atención Primaria, en la Especializada o en desplazados), el tipo de receta (activo o pensionista), los grupos terapéuticos y los diagnósticos. Se ha utilizado el paquete informático SPSS.

**Resultados:** La población adscrita al Centro de Salud es fundamentalmente joven y activa en su mayoría. Del total de recetas, poco más de la mitad corresponde a activos (56,5%), casi una cuarta parte (23%) se han generado en la Atención Especializada y aproximadamente un 9% procedían de personas desplazadas, pensionistas en su mayoría, aquejadas de procesos crónicos.

De la prescripción derivada de la Atención Especializada, las especialidades de Psiquiatría (16,81%) y de Endocrinología (12,8%) han sido las que más recetas han generado.

Los grupos terapéuticos que más se han prescrito, en Atención Primaria corresponden a los analgésicos-antipiréticos (17%), en relación con las infecciones respiratorias agudas y con procesos dolorosos crónicos, y los antihipertensivos (10%), y en la Atención Especializada las benzodiazepinas para el tratamiento de la ansiedad y los trastornos del sueño y la insulina y las tiras reactivas (8%) para el tratamiento y control de los diabéticos.

La prescripción de inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, las estatinas y de fármacos de utilidad terapéutica baja se ha realizado fundamentalmente en Atención Primaria. Los antiinflamatorios no esteroideos han prescrito tanto en la Atención Primaria como la Especializada en relación con procesos traumatológicos agudos, enfermedades reumáticas y dismenorrea. Entre los fármacos analizados ha sido muy bajo el uso de genéricos (<1%).

**Conclusiones:** La prescripción generada por la Atención Especializada debería continuarse en dicho nivel, no sólo porque supone una tarea burocrática para la Atención Primaria sino que, además, al desconocerse el verdadero origen de la prescripción, se le imputa a la Atención Primaria.

Por tanto, para la implantación del Programa del Uso Racional del Medicamento se deberían tener en cuenta ambos niveles asistenciales.

**TÍTULO: ESTUDIO COMPARATIVO DEL PERFIL FARMACOTERAPÉUTICO DE UN CENTRO DE SALUD**

**AUTORES: Alberto José Sebastián Palomino.**

Centro de Trabajo: Centro de Salud de Torres de la Alameda. • Teléfono de contacto: 8868358.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Estudio para valorar la evolución de los Indicadores de Calidad de la Prescripción Farmacológica en el Centro de Salud Torres de la Alameda, después de Intervenciones formativas e informativas sobre los profesionales del EAP.

**Diseño, Material y Método:** Análisis de los datos contenidos en el Perfil Farmacoterapéutico del Centro, con posteriores reuniones informativas con el Responsable de Farmacia del Centro y Formativas con el Farmacéutico del Area, para emprender métodos y conceptos que ayudarán a la evolución favorable del Perfil.

**Resultados:** Desaparición de los Grupos de UTB de los primeros puestos de consumo Farmacéutico de la zona: Mucolíticos con Antiinfecciosos, Antivaricosos Tópicos, Mucolíticos sin Antiinfecciosos, AINES Tópicos y Vasodilatadores Periféricos.

Evolución muy favorable de los siguientes indicadores de Calidad:

- UTB/100 Act, UTB/100 Pens, %UTB Act. y %UTB Pens. con una reducción importante en el número de envases en el año, superando incluso el objetivo fijado por el EAP para 1995.
- Utilización de los Antihipertensivos de 2ª elección muy cercana a los standar de la zona.
- Consumo muy bajo en el grupo de Calcitoninas, con un 41% de desviación favorable para el Centro.

Desde el punto de vista negativo destaca:

- Aumento importante del Gasto Farmacéutico en su conjunto.
- Aumento en el número de envases recetados de determinados Grupos Terapéuticos: Penicilinas de amplio espectro, Antibióticos y Antitusígenos solos.
- Elevado consumo de Hipolipemiantes, con un Indicador con un valor de 5,16, que ha aumentado incluso sobre 1.994.

**Conclusiones:** Dados los resultados, la experiencia ha sido totalmente positiva, planteándonos una serie de objetivos para 1996: Continuar con la reducción en el uso de UTBs, acercarnos más a los standar en los Indicadores de Calidad, control en el empleo de grupos con mayor desviación respecto al Área y control del Gasto Farmacéutico en general.



IV. BIOÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA  
PONENCIA





## **LA CURACIÓN DE LA SCREENINGITIS**

DR. A. REYES MARTÍN

### **1.- INTRODUCCIÓN**

El desarrollo de la tecnología en el ámbito sanitario ha propiciado la universalización de las medidas no sólo terapéuticas sino también diagnósticas que mejoran nuestra vida. Ello confirma el saber popular que se expresa en el más vale prevenir que curar.

Sin duda el principal objetivo de la atención primaria de salud es asegurar el estado de salud de las personas no enfermas. De esta manera el diagnóstico precoz se convierte en un arma insustituible en la génesis de salud.

Desde la perspectiva internacional también se apoyan estos planteamientos, tanto en las normativas de los países individuales como en las directrices de los organismos plurinacionales. Así la OMS estableció los objetivos para estar sanos en el año 2.000 con especial énfasis en la reducción cuantitativa de diversos problemas sanitarios.

La vacunación universal de recién nacidos frente al virus de la hepatitis B, reduce no sólo la incidencia de hepatitis B sino también la de hepatocarcinoma relacionado con la misma. Los ejemplos del beneficio de la prevención se podrían multiplicar.

### **2.- BIOÉTICA**

La bioética es la disciplina o ciencia que se encarga de estudiar los valores, sirviéndose del análisis que permite concluir si lo que se puede hacer y bajo que condiciones. Si la ciencia estudia hechos y se expresa en términos de verdad o falsedad, la bioética estudia valores y se expresa en términos de bien o mal.

No todo experimento realizado sobre humanos es moralmente lícito por el hecho de que pueda realizarse.

La bioética surge en los años setenta en el ámbito de la oncología, contando entre sus antecedentes a la deontología, la disciplina de los deberes.

### **3.- EL PROBLEMA: SCREENINGITIS**

Las dificultades surgen cuando a las técnicas de prevención en masa se les cuestiona acerca de su aplicabilidad desaforada, esto es, su obligatoriedad compulsiva, gracias y a pesar de su inapelabilidad científica.

En la experimentación terapéutica el paciente debe ser siempre informado y consultado sobre aquello que se le va a realizar u omitir. El documento de consentimiento informado rubrica la relación personal entre el técnico y el paciente.

En los programas de screening o cribaje no personalizados puede existir una medicalización forzosa de la sociedad, en la que se presume un consentimiento implícito y no informado.

Cuando el sujeto sano consiente en la realización de una prueba diagnóstica o en una intervención terapéutica preventiva, lo hace como colofón de un proceso de reclutamiento desindividualizado en el que existe la posibilidad de manipulación del miedo a la enfermedad: “ ¿Está usted sano?, ¿Está usted seguro?, ¿Durante cuánto tiempo lo estará? Venga a vernos, le garantizamos prolongar su salud si se somete a nuestro control”.

Que los recursos sanitarios escasos deban repartirse equitativamente no implica que su distribución sea obligatoria, prescriptiva y poscriptivamente.

#### **4.- BÚSQUEDA DE LAS SOLUCIONES**

El consentimiento implícito de la opinión pública parece necesario pero resulta insuficiente.

Así el dar 10 pinchazos a un sujeto para librar de 1 pinchazo a 10 sujetos es tan inapropiado como dar 1 pinchazo a 10 para librar a uno de 10 pinchazos, por mucho que la decisión se haya consensuado previamente. La opinión pública incorrectamente informada se legitima más por sus inalienables aspiraciones que por la bondad de los hechos.

Los comités de bioética constituyen valiosos instrumentos legitimadores del cribaje en las intervenciones sanitarias desde la perspectiva bioética como garantes del respeto de los principios de autonomía, de justicia, de beneficencia y de no maleficencia.

#### **5.- PROPUESTA DE UN MÉTODO**

La evaluación de una técnica de cribaje se basa en la repercusión que el screening tendrá sobre la calidad de vida de los receptores de la misma. Esta calidad de vida se puede expresar como coste-beneficio o como coste-efectividad.

Una prueba de cribaje puede, por tanto, sopesarse según sus características de resultados de la siguiente manera:

1.- Verdadero positivo:

a.- Útil: Si diagnostica precozmente una enfermedad tratable; además el estatus de enfermo ofrece ventajas como la baja laboral, beneficios fiscales o admisión en programas específicos relacionados con la enfermedad. La explicación de los síntomas puede generar tranquilidad en el sujeto que se siente enfermo.

- b.- Inútil: Si la enfermedad no es tratable y el diagnóstico precoz prolonga el tiempo de vida consciente de la enfermedad pero no la supervivencia. En este caso ha de sumarse el perjuicio producido por la estigmatización del paciente. La medicación puede reducir la calidad de vida.
- 2.- Falso positivo:
- a.- Útil: Porque permite dar consejos sobre malos hábitos de vida: "la próxima vez puede ser peor".
  - b.- Perjudicial: Porque multiplica angustia personal ante la presunta enfermedad y las pruebas que finalmente la descartan. Se puede generar la judicialización por los perjuicios causados y la desconfianza en el sistema sanitario.
- 3.- Negativo verdadero:
- a.- Útil: Porque confirma el estado de salud.
  - b.- Inútil: Porque puede fortalecer malos hábitos de vida. Se genera una angustia en el tiempo de espera de los resultados de las pruebas.
- 4.- Falso negativo:
- a.- Útil: En la medida en que difiere la angustia. Es beneficioso si la enfermedad a diagnosticar carece de tratamiento efectivo, al aplazar la asunción del estatus de enfermo.
  - b.- Perjudicial: Si la enfermedad es tratable y el éxito del tratamiento está directamente relacionado con la precocidad del mismo. Aumenta los costes por unidad de resultado deseado.

## **6.- CONCLUSIÓN**

No siempre es mejor prevenir que curar, aunque también sea más barato. Las pruebas de cribaje a pesar de su excelente validez interna y externa, pueden lesionar el principio de autonomía de los sujetos sobre los que se aplican, al situar la definición de salud en las esferas de lo absoluto y lo eterno.

La screeningitis es una enfermedad cuya causa es el mismo síntoma que la produce: el miedo irracional, cebado institucionalmente, a no estar sano. Quien pone como condición de salud la ausencia certera de potencial enfermedad, nunca está sano.

## 7.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- The ethics of screening: Is "screeningitis an incurable disease?. Darren Shickle, Ruth Chadwick. *Journal of Medical Ethics*. 1994; 20: 12-18.
- 2.- Cost-utility analysis. Ray Orbison. *British Medical Journal* 1993; 307: 859-862.
- 3.- Principles of biomedical ethics. T.L. Beauchamp, J.F. Childress. New York: Oxford University Press, 1989.
- 4.- Assesment of quality-of-life outcomes. M.A. Testa, D.C. Simondson. *New England Journal of Medicine*, 1996, 334 (13): 835-839.

## ÉTICA EN LA PRESCRIPCIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

FRANCISCO CAMARELLES GUILLEM

No es mi intención en esta ponencia el sentenciar lo que es o no es ético en el uso racional del medicamento. Creo que hay que huir tanto del excesivo simplismo como del absolutismo y del relativismo a ultranza. Cada uno debe adquirir conocimientos, actitudes y habilidades en temas bioéticos que le permitan hacer un análisis de sus conductas, en este caso en el uso racional del medicamento.

Las pautas para afrontar cuestiones éticas en Atención Primaria de la Salud (APS), deben basarse en:

- 1.- Desarrollar intuición para conocer cuestiones éticas (abrir los ojos). ¿Qué problemas éticos se me presentan al prescribir?
- 2.- Adquirir métodos para la toma de decisiones coherentes (ordenar la cabeza): ¿Cómo puedo resolverlos?
- 3.- Activar recursos para hacer eficaz la decisión adoptada (actuar con competencia y honestidad).

En Medicina de Familia la relación médico paciente adquiere un protagonismo especial. Quien se esfuerza en cultivar y mejorar esta relación, además de potenciar su capacidad terapéutica, recibe, a corto plazo la recompensa en forma de favorable autoestima. Para algunos autores como Ian Mc Whiney ésta puede ser la principal compensación de una carrera profesional. Desde el punto de vista del Uso Racional del Medicamento podemos utilizar este instrumento para mejorar nuestro perfil de prescripción y hacer frente a las demandas injustificadas y no racionales de fármacos por parte de nuestros pacientes.

Uno de los principales grupos terapéuticos consumidos es el de los vasodilatadores cerebrales, fármacos de dudosa eficacia, lo que nos obliga a interrogarnos sobre como prescribimos y preguntarnos sobre la corrección de dicha prescripción.

La bioética nos puede ayudar a contestar a los problemas que nos surjan en la práctica diaria. P.e. ¿Cuál puede ser la actuación más correcta de un médico de cabecera cuyo paciente le solicita unas recetas recomendadas por un especialista privado, al que ha tenido que recurrir por insatisfacción ante la atención recibida en el INSALUD?.

¿Debemos prescribir, si no estamos de acuerdo, los tratamientos de los especialistas?, etc, etc.

Hablar de ética en la prescripción del médico de Atención Primaria nos obliga a abordar cuatro aspectos importantes.

- 1.- Autonomía y responsabilidad en nuestra prescripción.
- 2.- Fuentes de información y relación con la industria farmacéutica.
- 3.- Gasto farmacéutico y eficiencia en la prescripción.
- 4.- Uso irracional del medicamento.

## 1.- AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD EN NUESTRA PRESCRIPCIÓN

A la hora de prescribir un fármaco debemos preguntarnos si tenemos o no autonomía para ello. La selección de medicamentos es un proceso en el que influyen muchos factores. En primer lugar sólo podemos utilizarlos en las indicaciones legalmente establecidas; en otras ocasiones los medicamentos no están a nuestro alcance, por ser medicamentos extranjeros o de uso hospitalario, o estar en fases de ensayo clínico. En otras ocasiones tenemos autonomía pero estamos influidos, sin darnos cuenta, por campaña de marketing comercial o modas científicas sin bases sólidas.

Además surge la duda de si tenemos derecho o no a esta autonomía. Desde determinados sectores de la profesión se aboga por la libertad de prescripción de los medicamentos como si fuera un principio sagrado de los profesionales médicos.

La relación médico-paciente es una relación que se establece en un medio sociocultural determinado, influido por concepciones filosóficas, históricas y culturales. Históricamente se ha entendido que el paciente al solicitar los servicios del médico se pone enteramente en sus manos, debiendo el médico hacer todo lo humanamente posible para procurar la curación sin importar los medios. Es de tal intensidad dicha relación que se ha creído históricamente que los servicios de un médico eran impagables. Todo lo más que podían hacer los pacientes era hacer honor al médico. La deuda no podía pagarse nunca, de ahí la palabra HONORARIOS (el paciente le pagaba al médico de forma simbólica, con un honor).

El principio de la libertad de prescripción médica puede entenderse como un derecho limitado o ilimitado. Para algunos sectores profesionales la libertad sería ilimitada, sería como una parcela de práctica profesional que no puede ponderarse por otras influencias externas. Esta postura está anclada en concepciones antiguas, nada de acuerdo con el estado actual de socialización de la medicina. Se han acabado ya los tiempos en que teníamos patentes de corso para ejercer a nuestro albedrío la medicina.

Podemos caer, fácilmente, en posturas PATERNALISTAS, muy arraigadas en nuestra profesión, si asumimos que el paciente es incapaz de tomar por sí mismo decisiones de índole médica, negándole el derecho a decidir sobre su salud. Nos estamos saltando el principio ético de AUTONOMÍA, que debe estar presente en la relación médico-paciente. Ligado a esto surge el CONSENTIMIENTO INFORMADO, que puede y debe tener su aplicación al uso racional del medicamento. El proporcionar información objetiva, sobre beneficios, inconvenientes y efectos adversos de los medicamentos, de una forma comprensiva para el paciente, es un deber inexcusable que se debe modular según las circunstancias.

Por último surge el problema de la responsabilidad, que va ligada íntimamente a los criterios de un buen uso racional del medicamento que se expondrán en el último punto. P.E. ¿Cuál debe ser nuestra conducta ante una indicación dudosa, incluso peligrosa, realizada por un médico especialista del Insalud a un paciente nuestro?.

## **2.- FUENTES DE INFORMACIÓN Y RELACIÓN CON LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA**

Una encuesta reciente entre profesionales de Atención Primaria, revelaba que la PRINCIPAL fuente de INFORMACIÓN sobre medicamentos era la proporcionada por los visitadores médicos en sus visitas periódicas. Es muy difícil compaginar información veraz, científica y no sesgada con legítimos deseos de vender más, por lo que no debería ser ésta la única vía disponible para conseguir información sobre fármacos. Hasta fechas recientes no se había creído necesario la existencia de farmacéuticos cercanos y al servicio del médico de AP. La PUBLICIDAD ENGAÑOSA sobre medicamentos es frecuente. El diseño de los soportes publicitarios nos puede llevar fácilmente a la confusión, junto con el bombardeo de trabajos que se dicen científicos, pero que no pasan un mínimo análisis científico serio.

Recientemente una carta al director en una famosa revista de AP, llamaba la atención sobre la asombrosa coincidencia entre el tema expuesto y los anuncios publicitarios que se publicaban al finalizar el tema. Esto obliga también a hacer una reflexión ética.

Las colaboraciones “desinteresadas” de los laboratorios en la formación continuada de los médicos deben ponerse en duda ética. Quizá vengan a suplir una obligación no cubierta por las autoridades sanitarias que deben asumir la responsabilidad que les corresponde en este campo.

Los regalos en especie, viajes detalles, etc, están regulados legalmente en la actualidad. Hay que preguntarse si dicha colaboración es o no altruista o si persigue propósitos encubiertos de mantener o cambiar la prescripción hacia los productos fabricados por el patrocinador.

Capítulo aparte merecen los casos de “ensayos clínicos” que se ofertan a los médicos de AP por parte de determinados laboratorios que no son más que mecanismos para inducir la prescripción. Son las llamadas FICHAS. Los ensayos clínicos tienen su normativa legal que incluye aspectos éticos específicamente, por lo que debemos atenernos a la normativa vigente.

## **3.- GASTO FARMACÉUTICO Y EFICIENCIA EN LA PRESCRIPCIÓN**

Actualmente nos hallamos los médicos de AP influidos y “presionados” por parte de los gestores para contener y disminuir el gasto farmacéutico. Desde el punto de vista ético debemos reflexionar que tenemos que hacer el bien a nuestros pacientes (BENEFICIENCIA) pero que también tenemos que tener en cuenta el principio de justicia distributiva. El principio ético de JUSTICIA nos obliga a velar por la igualdad de oportunidades y distribución de bienes y honores de acuerdo a necesidades. Los recursos son limitados y debemos hacer un buen uso de ellos. La eficiencia en la prescripción es una consecuencia lógica de estos dos principios y debe ser una de nuestras guías a la hora de la prescripción. Tanto el paciente, como la sociedad en su conjunto pueden y deben pedirnos que prescribamos bien y que encima seamos cautos y eficientes (relación coste-beneficio).

En un futuro, más o menos cercano, nos vamos a encontrar problemas éticos en el manejo de gasto y



en su eficiencia. la experiencia inglesa, en la que el médico de familia maneja un presupuesto de farmacia cerrado, gestionándolo directamente, nos puede llevar a posturas economicistas egoístas (ahorrar para ganar más), sin tener en cuenta a los pacientes y sus necesidades.

La actual crisis del Estado de Bienestar nos puede traer problemas importantes de JUSTICIA y de EQUIDAD a la hora de distribuir los recursos. ¿Estamos preparados para ello?

#### **4.- USO IRRACIONAL DEL MEDICAMENTO**

Hacemos un uso irracional del medicamento si no tenemos en cuenta una serie de criterios al prescribir.

- a.- ¿Atendemos a criterios científicos?. No podemos prescribir de forma racional sin atender a la eficacia y seguridad de los fármacos.
- b.- ¿Tenemos en cuenta criterios legales?. Los medicamentos deben usarse en sus indicaciones correctas. ¿Quién es el responsable de la prescripción?
- c.- ¿Pensamos en los principios éticos? La AUTONOMÍA del paciente, la BENEFICENCIA (obligación de hacer el bien), la no MALEFICENCIA (obligación de no hacer daño) y la JUSTICIA son principios éticos que nos pueden ayudar a resolver los problemas que nos surjan en el uso racional del medicamento.
- d.- ¿Nos fijamos en criterios económicos?. La calidad y el precio aceptable deben ser ponderados adecuadamente.

IV. BIOÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA  
COMUNICACIONES ORALES



**TÍTULO:** VALORACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA 3 DE MADRID

**AUTORES:** Herrero de Dios, Alicia; Tabernero García, Julia; Martín Martín, Sagrario;  
Reyes Martín, Alejandro.

Centro de Trabajo: EAP María de Guzmán; Departamento de Ciencias Sanitarias, UAH.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Estimación de la necesidad de implantación y desarrollo del consentimiento informado en un área de atención primaria de salud, como uno de los elementos claves para el respeto de la autonomía de las personas.

**Materiales y Métodos:** Se realizan dos encuestas estructuradas y validadas mediante un estudio piloto; de aplicación aleatoria a 159 médicos y 467 personas atendidas en consulta (PAC). La encuesta es realizada personalmente por un solo investigador con el consentimiento explícito del encuestado. Se utiliza programa SX 3.5 para valoración estadística.

**Resultados:** El PAC se siente bien informado sobre sus enfermedades en un 90% y los médicos se consideran buenos informadores en un 98,6% de los casos. Los PAC creen entender bien la información emitida por el médico en un 86,8%, siendo de un 61% en opinión de los médicos. Que el médico decida contando con la opinión del PAC es la opinión mayoritaria en ambas encuestas. La mayor participación de los PAC en la toma de decisiones es preferido por los médicos más que por los propios PAC. Un 91,6% de los PAC se encuentran satisfechos con la información recibida.

**Conclusiones:** La percepción tanto de médicos como de PAC del flujo de información entre ambos se considera buena.

La comprensión de la información es mejor estimada por los PAC que por los médicos.

Respecto a la toma de decisiones, la actitud más frecuente (tanto del médico como de los PAC) es que el médico decida contando con el PAC, si bien la tendencia de los médicos es hacia una mayor participación del paciente en la toma de decisiones.

Los PAC se encuentran satisfechos con la información recibida.

**TÍTULO:** EUTANASIA, FUTILIDAD Y NUEVO CÓDIGO PENAL

**AUTORES:** Altallaa Rached A, García Areces F, Reyes Martín A.

Centro de Trabajo: EAP Manuel Merino.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Nuestro propósito es analizar el nuevo código penal a la luz de un problema clínico inhabitual pero que implica graves decisiones para el personal sanitario: la eutanasia.

**Material y Método:** Se analiza la Ley Orgánica del Código Penal aprobada por las Cortes el 8 de Noviembre de 1995 (B.O.E. 24-11-95), según los términos futilidad y eutanasia, así como el concepto de decisiones con cernientes con el final de la vida.

**Resultados:** El nuevo Código Penal no contempla los conceptos futilidad ni eutanasia, haciendo referencia en el artículo 143. 4 a la situación de colaboración con el suicidio:

“El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo”.

**Conclusiones:** La necesidad de procedimientos que aseguren la práctica racional y humana en el final de la vida no debe depender exclusivamente de la criminalización del personal sanitario. La solución puede derivar del análisis de las actividades sanitarias según los distintos elementos de la futilidad no exclusivos del ámbito de aplicación de la eutanasia.

#### IV. BIOÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

#### PANELES



TÍTULO: ABORTO: ¿BIOÉTICA O LEGISLACIÓN?

AUTORES: Marta Alvarez, Silvia Barrio, Gema Cid, Noelia Florez, Alejandro Reyes.

Centro de Trabajo: Departamento de Ciencias Sanitarias, Universidad de Alcalá de Henares.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Introducción:** A pesar de la legislación despenalizadora del aborto vigente en España (Art. 4417 Bis del Código Penal) se siguen produciendo polémicas en la opinión pública sobre la despenalización universal. Sobre la pregunta acerca del consenso en el resultado cabe la del consenso sobre el método que permita resolver la polémica en esta materia.

**Material y Métodos:** Por este motivo se realizó una encuesta de 9 ítems sobre una muestra aleatoria de 100 personas (de 14 a 75 años, 50 varones y 50 mujeres), que incluía preguntas sobre el valor del feto, motivos de aborto y responsabilidad del mismo.

**Resultados:** La opinión predominante en ambos sexos fue que la decisión depende de la mujer (56 casos) frente a la opinión de que depende de la pareja (24 casos). El resultado no se relacionó con el sexo y sí lo hizo débilmente con la edad.

**Conclusiones:** La valoración etométrica realizada sugiere que el problema del aborto puede resolverse desde el ámbito civil mejor que desde el criminal, a pesar de las discrepancias en la consideración del aborto como asesinato.





V. TEMAS LIBRES  
COMUNICACIONES



**TÍTULO:** MORTALIDAD DURANTE LOS AÑOS 1994 Y 1995 EN LA ZBS CORRESPONDIENTE AL EAP RAMIRO II

**AUTORES:** Cabeza M, Loscos MA, Donat E, Gómez MS.

Centro de Trabajo: Ramiro II. • Teléfono de contacto (primer autor): 8831931.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Conocer la causa de muerte de los individuos que fallecen en nuestra ZBS en los últimos dos años.

**Material y Método:**

**Diseño:** Estudio descriptivo de mortalidad.

**Fuente de datos:** Registro Civil de Alcalá de Henares.

**Variables de estudio:** Número de muertes - causa de fallecimiento - edad - sexo - lugar de fallecimiento.

**Periodo de estudio:** Años 1994 y 1995.

**Método:** Los datos de las variables de estudio se obtienen del Libro de defunciones del Registro Civil y de los Certificados médicos de defunción que sirvieron de base para el asiento de la actas magistrales.

**Resultados:** En 1994 se registraron 26 muertes en nuestra ZBS de un total de 918 para el mismo año en Alcalá de Henares; en 1995 fueron 32 de un total de 997 fallecimientos. En la edad infantil (0-14 años) no se registraron muertes en los dos años de estudio. El mayor número de muertes se registró en mayores de 60 años (18 en 1994 y 20 en 1995). No existen diferencias aparentes en cuanto al sexo, incluso por intervalos de edad, en ambos años. Las enfermedades neoplásicas constituyen la primera causa de muerte en nuestra ZBS (6 en 1994 y 7 en 1995). La cardiopatía isquémica parece ser más frecuente (2 casos frente a 1 en 1994 y 3 casos frente a 1 en 1995) y de aparición más temprana en el hombre (mayores de 45 años) que en la mujer (mayores de 75 años). La infección por VIH es la primera y única causa de muerte en jóvenes (15-29 años) en ambos años (1 en 1994 y 4 en 1995). Las enfermedades neurológicas causaron la muerte fundamentalmente a mujeres mayores de 70 años, y entre ellas, los ACVA (2 por años) y la enfermedad de Alzheimer (1 por año). El hospital (19 de 26 muertes en 1994 y 23 de 32 muertes en 1995), y no el domicilio, es el lugar de fallecimiento más frecuente.

**Conclusiones:** Potenciar las actividades de prevención de salud para disminuir la mortalidad por enfermedad cardiovascular en mayores de 45 años, infección por VIH en jóvenes de 15 a 29 años y neoplasias ginecológicas en mujeres peri y postmenopáusicas. Replantear los cuidados al enfermo terminal a la vista del fallecimiento mayoritario en los hospitales.

Agradecimientos: Ilma. Sra. Dña. Mónica Aguirre de la Cuesta, Magistrada encargada del Registro Civil de Alcalá de Henares.

**TÍTULO: PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI (HP) EN POBLACIÓN GENERAL**

**AUTORES:** EAP "Juan de Austria".

**Centro de Trabajo:** EAP "Juan de Austria". • Teléfono de contacto (primer autor): 8821314.

**RESUMEN ESTRUCTURADO**

**(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):**

**Objetivo:** Conocer la prevalencia de infección por Helicobacter Pylori en una Zona Básica de Salud.

**Diseño:** estudio de corte transversal poblacional.

**Ámbito del estudio:** Zona Básica de Salud del EAP Juan de Austria de Alcalá de Henares (Madrid), coordinado con el Servicio de Digestivo del Hospital de La Princesa de Madrid y la Unidad de Investigación del Hospital General de Guadalajara.

**Sujetos:** Individuos de 5 a 64 años, obtenidos por muestreo aleatorio estratificado (n=376) con nivel de confianza del 95%.

**Mediciones e intervenciones:** Cuestionario clínico-epidemiológico. Serología IgG para HP a procesar en Hospital de Guadalajara. Prueba de aliento (Breath test) con urea marcada con <sup>13</sup> C a realizar en el Hospital de La Princesa.

**Resultados:** El proyecto que ha sido becado con beca FISS expte. 95/0071-00 está en plena ejecución, por ello se presentan los resultados preliminares más interesantes. Se han completado hasta el momento 241 casos. Presentan sintomatología dispéptica el 26, 1% de ellos. La prueba de aliento ha sido positiva en 59,2%, mientras que la serología es positiva en un 66,5%. El test de diagnóstico rápido (Helisal) ha sido positivo en el 41,2% de casos.

**Conclusiones:** Estos datos preliminares están en la línea de la mayoría de publicaciones y confirman la alta prevalencia de infección por Helicobacter pylori.

**TÍTULO:** PREVALENCIA DE ASMA INFANTIL EN LA ZBS CORRESPONDIENTE A LOS EAP RAMIRO II Y PUERTA DE MADRID

**AUTORES:** Loscos MA, Díaz MV, Morales S, Sánchez-Vicente JC, Artigas MV, del Sol M.

Centro de Trabajo: Ramiro II. • Teléfono de contacto (primer autor): 8831931.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Conocer la prevalencia de asma infantil en dos EAP de una misma ZBS en Alcalá de Henares. Conocer su distribución por sexo, intervalos de edad y gravedad. Conocer la relación entre asma y dermatitis atópica, y entre asma y test cutáneos positivos a neuroalergenos en el niño. Conocer la relación entre antecedentes familiares del niño -incluido el tabaquismo- y asma infantil.

#### **Material y Método:**

**Diseño:** Estudio descriptivo.

**Fuente de datos:** Historias clínicas de 6 consultas de Pediatría de la ZBS.

**Población:** Niños de 0 - 14 años historiados en consulta de Pediatría y con criterios definidos de asma.

**Variables de estudio:** Gravedad - edad - sexo - antecedentes personales - antecedentes familiares.

**Periodo de recogida de datos:** Se consideran los datos registrados en la historia clínica hasta el 1 de febrero de 1996.

**Método:** Se revisan las historias clínicas de los pacientes que se conocen con diagnóstico de asma según el Consenso Internacional Pediátrico (1992). La clasificación de gravedad del asma sigue los criterios del Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría, Residentes Hospital infantil La Paz (1993). Como antecedente personal se considera la presencia de dermatitis atópica y test cutáneos positivos a neuroalergenos. Como antecedentes familiares sólo se recogen los de primer grado: padres, abuelos y hermanos. Se considera en ellos la presencia de asma y/o dermatitis atópica y/o test cutáneos positivos a neuroalergenos, así como el que alguno de ellos fume en el hogar.

**Resultados:** La prevalencia de asma en niños de 0 - 14 años en nuestra ZBS es del 2,1% (111 niños). Por intervalos de edad: 2,6% en niños 0 - 4 años; 2,9% en niños de 5 - 9 años y 1,2% en niños de 10 - 14 años. La enfermedad se presenta en el 65% (72/111) de los niños y en el 35% (39/111) de las niñas. Según la gravedad: 55% (61/111) leve; 40,5% (45/111) moderado y 4,5% (5/111) severo. Del total de niños con asma, 61% (68/111) presentaron asma sólo, 19% (21/111) asma y test cutáneos positivos a neuroalergenos, 14% (15/111) asma y dermatitis atópica y un 6% (7/111) presentó asma, dermatitis atópica y test cutáneos positivos a neuroalergenos. El 54% (60/111) de los niños con asma tenían antecedentes familiares de tabaquismo en el hogar. El 32% (35/111) de los niños con asma tenían antecedentes familiares de asma. El 26% (29/111) de los niños con asma tenían antecedentes familiares test cutáneos positivos a neuroalergenos.

**Conclusiones:** La prevalencia de asma infantil es del 2,1%, con máxima prevalencia entre los 5 - 9 años. Los niños se afectan más que las niñas. El asma se asoció con mayor frecuencia test cutáneos positivos a neuroalergenos que a dermatitis atópica en el niño. El porcentaje de familiares que fuman en el domicilio es muy elevado, lo cual implica que debemos potenciar la educación sanitaria y la prevención primaria recomendando el abandono de este hábito en el hogar de los niños con asma.

**TÍTULO: ESTUDIO DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS REALIZADOS EN PACIENTE INCLUIDOS EN VISITA DOMICILIAR**

**AUTORES: Parra Galindo F, González Palop, E, Urrea de la Fuente L, Rivera Álvarez A, Llorente Martín C, Ibáñez Brillas M.**

**Centro de Trabajo: Fronteras. • Teléfono de contacto (primer autor): 6775125.**

## **RESUMEN ESTRUCTURADO**

**(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):**

### **Objetivos:**

- 1.- Describir el número de pacientes que presentaron alteración en los problemas de salud más frecuentes.
- 2.- Conocer el número de Diagnósticos Enfermeros realizados según las distintas Areas.
- 3.- Conocer los Planes de Cuidados Establecidos.

**Diseño:** Estudio descriptivo transversal.

**Material y Método:** En base a los resultados obtenidos en un estudio previo se identificaron los seis problemas de salud más frecuentes en los pacientes incluidos en visita domiciliaria (movilidad, sueño, dolor, eliminación, nutrición, hidratación).

Se diseñó una hoja de recogida de datos en la que consta: la valoración de los seis problemas de salud, los diagnósticos enfermeros, los diagnósticos médicos y los planes de cuidados.

La valoración de los problemas de salud se realizó mediante una encuesta con respuestas cerradas.

La clasificación de los diagnósticos enfermeros se realizó según la Guía del Area (modificando algún aspecto).

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes que en Marzo 96 estuvieran incluidos en protocolo de visita domiciliaria (ADIT) en la EAP Fronteras I (n=64).

La recogida de datos la realizó cada profesional de enfermería en su población incluidos en ADIT.

**Resultados:** De los 64 pacientes, 53 presentaban problemas de movilidad, 51 alteración en la nutrición, 48 en el sueño, 44 en la eliminación y 32 presentaban dolor.

Se realizaron 107 diagnósticos enfermeros ; 40 de ellos en el área de movilidad, 21 en el área de nutrición e hidratación, 15 en la integridad-seguridad, 1 en las áreas de autoconcepto y comunicación.

En el área de eliminación y en la de sueño se realizaron 9 y 2 respectivamente.

Se establecieron planes de cuidados en 54 pacientes; planificándose 271 actividades, de ellas 88 encaminadas a mejorar la movilidad, 63 a modificar y mejorar hábitos dietéticos, 62 a preservar la integridad de la piel y en 5 pacientes se establecieron actividades para mejorar el sueño.

### **Conclusiones:**

- Un elevado número de pacientes tienen alteración de la movilidad, la nutrición y el sueño.
- El 71% de los diagnósticos enfermeros se efectuaron en tres áreas (37,3% en área movilidad, 19,6% en el área de la nutrición y 14% en el área de la integridad).
- El 55,7% de los planes de cuidados se establece sobre los problemas de salud más relevantes.
- A pesar de que un número alto de pacientes presentaban problemas de sueño y eliminación se intervino poco sobre ellos.
- Con este método de trabajo hemos iniciado un estudio prospectivo que permita evaluar la efectividad de los cuidados enfermeros en los cambios del estado de salud de nuestros pacientes domiciliarios.

**TÍTULO:** ESTUDIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS EN UNA ASOCIACIÓN DE MUJERES DEL DISTRITO VIII DE ALCALÁ DE HENARES

**AUTORES:** García G, Moreno A, Mota A.

Centro de Trabajo: "Reyes Magos". • Teléfono de contacto (primer autor): 8884611 - 8884561

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Conocer los hábitos alimentarios de las mujeres pertenecientes a la Asociación de mujeres del distrito VIII de Alcalá de Henares.

**Diseño:** Estudio descriptivo.

**Material y Método:** Se diseñó una encuesta anónima y autoadministrada.

El número de mujeres encuestadas que acudieron el día de la cita (Octubre 95) fue de 63. Se realizó previamente un grupo piloto con 10 mujeres excluidas de los resultados para comprobar la idoneidad y comprensión del cuestionario.

Las variables recogidas en la encuesta hacen referencia a: Datos personales, consumo alimentario, información complementaria y otros estilos de vida.

**Resultados:** La edad media es de 52 años, el 71% son amas de casa.

Consumo / semana: Cada uno de los distintos tipos de carne (aves, ternera, cordero, cerdo y embutido): 59% 1 - 3 veces; pescados: 37% 4 ó más veces; huevos 94% no más de 4; verduras: 23% diariamente; legumbres: 67% 1-3 veces; pasta y arroz: 73% 1 - 3 veces.

Consumo / día: Leche: 62% 1 ó 2 vasos; pan: 74% media barra o menos ("pistola"); fruta: 65% 3 o más piezas; agua: 16%, 2 litros o más.

El 67% no realizaron ningún tipo de dieta en los últimos 6 meses, de las que contestaron afirmativamente, el 83% lo realizó por consejo sanitario.

El 27% no realizan ningún tipo de ejercicio, de las que contestaron afirmativamente el 36% lo practican de 2 a 3 veces por semana, la práctica más utilizada son los paseos.

#### **Conclusiones:**

- 1.- El consumo de carne es elevado.
- 2.- El consumo de legumbres, pasta, arroz, pan, productos lácteos y fruta es el recomendado.
- 3.- El consumo de pescado, verdura y agua es insuficiente.
- 4.- Más de la mitad de las mujeres hacen durante la semana algún tipo de ejercicio físico, siendo los paseos el más utilizado.



**TÍTULO:** EVOLUCIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON SÍNDROME DEL ACEITE TÓXICO

**AUTORES:** Díaz Belinchón O, García-Mauriño V, de la Sierra G, Alonso Val A, Imaz Pérez F, Torrientes J.

Centro de Trabajo: Luis Vives I. • Teléfono de contacto (primer autor): 8805610.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Conocer la evolución clínica de los pacientes afectados por el Síndrome del Aceite Tóxico (S.A.T.).

**Diseño:** Estudio descriptivo y retrospectivo.

**Ámbito:** Centro de Salud docente y urbano.

**Sujetos:** Pacientes censados y afectados de S.A.T. de un equipo de Atención Primaria.

**Mediciones o intervenciones:** Revisión de historias clínicas y extracción de datos a partir de informes de alta hospitalaria de 1981, informes de alta de la Unidad de Seguimiento del S.A.T. de 1990 y revisión en el año 1994 mediante protocolo elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

**Resultados:** Se completó el estudio en 54 pacientes (93%) de edades comprendidas entre 18 y 88 años. El 38,5% son varones y el 61,5% mujeres. Se obtuvieron los siguientes resultados:

#### Grado de afectación

#### Patología característica del SAT

	1981	1990	1994		1981	1990	1994
<u>Asintomático</u>	7,4%	31,5%	33,3%	<u>Cardiopulmonar</u>	75,9%	16,7%	7,4%
<u>Leve</u>	37,%	57,4%	59,3%	<u>Neuromuscular</u>	72,2%	55,6%	59,3%
<u>Moderado-severo</u>	55,6%	11,1%	7,4%	<u>Dérmica</u>	57,4%	24,1%	18,5%
				<u>Síndrome seco</u>	7,4%	9,3%	14,8%
				<u>Salud mental</u>	20,4%	18,5%	35,2%
				<u>Osteo-articular</u>	22,2%	29,6%	35,2%

**Conclusiones:** Tras la fase aguda del S.A.T. en 1981, se observa una creciente mejoría en el grado de afectación a expensas fundamentalmente de una disminución de la patología cardiopulmonar. El resto de patologías que caracterizan la fase crónica de la enfermedad permanecen estables o aumentan ligeramente, condicionadas probablemente por el envejecimiento de la población afectada.

**TÍTULO:** EFECTIVIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

**AUTORES:** Maña González, Manuel; Mesas Sáez, Amparo.

Centro de Trabajo: Fronteras II. • Teléfono de contacto (primer autor): 6675089.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Resumen:** Este estudio demuestra la alta efectividad de los cuidados de enfermería en el desarrollo de sus funciones independientes (diagnóstico de enfermería). También se analizará la relación de esta efectividad con las características de edad, sexo, y nivel de estudios del paciente. Por último se llega a la conclusión de la gran importancia que tiene el uso de diagnósticos de enfermería y planes de cuidados protocolizados por todos los profesionales de enfermería para mejorar la calidad de los cuidados.

#### Objetivos:

- Valorar la efectividad de los cuidados de enfermería en la resolución de problemas de salud.
- Crear unos estándares de tiempo orientativos para formular los objetivos por necesidades.

**Diseño:** Estudio observacional descriptivo de tipo transversal.

#### Material y Métodos:

- 1ª fase: Extraer el número total de diagnósticos enfermeros notificados durante el último año por nuestro equipo.
- 2ª fase: Revisar las historias clínicas, donde se han registrado, para valorar la efectividad de los cuidados de enfermería prestados.

#### Resultados:

- La efectividad de los planes de cuidados es del 65,1% de los casos, aumentando a un 77,3% cuando también incluimos el éxito parcial (Objetivo parcialmente alcanzado).
- No encontramos diferencias significativas de la efectividad con respecto al nivel de estudios ( $p=0,10$ ).
- Encontramos diferencias en la efectividad por grupos de edad ( $p=0,02$ ).

#### Conclusiones:

- Alta efectividad de los cuidados de enfermería en el desarrollo de sus funciones independientes (diagnóstico de enfermería).
- Los cuidados de enfermería contribuyen a reducir las desigualdades sociales en salud.
- Necesidad de disponer de unos estándares orientativos de tiempo que nos ayuden a la formulación de objetivos.
- Los diagnósticos de enfermería más notificados corresponden a las necesidades fisiológicas.



V. TEMAS LIBRES  
PANELES



**TÍTULO:** SATISFACCIÓN DE LAS MADRES RESPECTO A LA VISITA DOMICILIARIA PUERPERAL EN UN CENTRO DE SALUD

**AUTORES:** Pilar Mateos González, Patricia Fernández Bustos, Paloma Gómez Sal, José María Santa María García.  
Centro de Trabajo: C.S. "María de Guzmán I". • Teléfono de contacto (primer autor): 8829170

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

##### **Objetivos:**

- 1.- Describir el grado de satisfacción de las puérperas con el servicio de atención domiciliaria.
- 2.- Conocer las opiniones y actitudes de las madres respecto a la atención enfermera.

##### **Material y Método:**

**Diseño:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo.

**Ámbito:** Centro de Salud urbano Unidad Docente, de Alcalá de Henares.

**Población:** Mujeres que dieron a luz entre enero de 1991 y diciembre de 1995 a las que se realizó visita domiciliaria puerperal (N=500). Se realizó un muestreo aleatorio simple y el tamaño muestral se calculó con una precisión del 8% y un nivel de confianza del 95%, estudiándose una muestra de 118 mujeres.

**Método:** Los datos se han recogido mediante una encuesta que fue realizada por encuestadores externos. Esta incluye variables de satisfacción con el servicio y con el profesional enfermero (escala de Likert: Insatisfecho = 1; Muy Satisfecho = 4).

**Análisis:** Se han elaborado tablas de frecuencias absolutas y relativas, al ser la mayoría de las variables cualitativas. Software utilizado DBASE IV y SPSS-PC.

##### **Resultados:**

- 1.- Entre 40-70% de las mujeres encuestadas se manifiestan muy satisfechas en 7 de los 8 items, identificando el domicilio como el lugar idóneo para este tipo de atención en un 94,91%.
- 2.- Un 37,27% identifican la "ayuda para el autocuidado" como la atención más importante recibida en esta visita.
- 3.- Un 58,47% han acudido espontáneamente a la consulta de enfermería tras la realización de esta visita, para acciones de fomento y protección de la Salud y demanda sobre autocuidado.

**Conclusiones:** La visita puerperal es claramente válida para el fomento y protección de la Salud madre-hijo y para dar a conocer a la población la función integral de la enfermera/o.

**Palabras Clave:** Satisfacción - Enfermería - Visita domiciliaria puerperal.

**TÍTULO:** GARANTÍA DE CALIDAD DE UN PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

**AUTORES:** Sáenz Bajo N, Domínguez Macías I, Blanco Andrés L, Monfort Fernández F, López Carabaño A, Martínez Martínez R.  
Centro de Trabajo: Luis Vives II. • Teléfono de contacto (primer autor): 8805610.

#### RESUMEN ESTRUCTURADO

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Evaluar el grado de cumplimentación de las Normas Técnicas Mínimas (NTM) del programa de Hipertensión Arterial tras una primera auditoría.

**Diseño:** Se trata de un estudio transversal.

**Material y Método:** La población de estudio fueron todos los pacientes incluidos en protocolo de HTA, del Centro de Salud Luis Vives II. Se seleccionó una muestra de 40 pacientes, por muestreo aleatorio sistemático, a partir del listado disponible en SICAP correspondiente a 7 consultas de Medicina General.

Las Actividades desarrolladas fueron: una primera auditoría interna en Septiembre de 1993, y una segunda en Junio de 1994.

La fuente de información en ambos casos han sido los datos recogidos en la Historia Clínica. El instrumento de medida utilizado fue una hoja de recogida de datos con los ítems a estudiar, estándares de comparación y posibles excepciones.

Para el análisis estadístico se aplicó un test de diferencia de medias para datos apareados entre las dos evaluaciones (prueba de t de Student).

**Resultados:** Del total de 40 Historias Clínicas auditadas, el grado de cumplimentación global de NTM en la primera evaluación mostraba una media de 0,75, con una desviación típica de 0,15; y en la segunda evaluación fue de  $0,80 \pm 0,14$ .

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre los resultados de ambas auditorías.

Al analizar las NTM individualmente se comprobó que la mejora en el cumplimiento se produjo a espensas de las actividades propias de enfermería tales como control de T.A. ( $X_1=0,85$ ;  $X_2=0,98$ ), control de adherencia al tratamiento ( $X_1=0,48$ ;  $X_2=0,53$ ) y control del plan terapéutico ( $X_1=0,28$ ;  $X_2=0,58$ ).

#### **Conclusiones:**

- 1.- Los datos de nuestro estudio revelan una mejoría global en el cumplimiento de los ítems seleccionados como NTM para el seguimiento de pacientes hipertensos incluidos en protocolo, tras la implantación de medidas correctoras a las deficiencias observadas en la evaluación inicial.
- 2.- La inclusión de actividades de Garantía de Calidad Asistencial mejora el grado de cumplimiento de protocolos, y por tanto, la calidad de la asistencia prestada.

**TÍTULO: INFILTRACIONES DE PARTES BLANDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA**

**AUTORES: Peiró Aranda R, Guijarro R, Canellas Criado Y, López Carabaño A.**  
Centro de Trabajo: C.S. Luis Vives II. • Teléfono de contacto (primer autor): 8805610.

**RESUMEN ESTRUCTURADO**

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Valorar la mejoría tras infiltración de reumatismos de partes blandas en pacientes que no mejoraron con medidas conservadoras.

**Diseño:** Estudio prospectivo descriptivo de intervención.

**Material y Método:** Se seleccionaron 40 pacientes de la población adscrita a varias consultas de Atención Primaria del Área 3 (Madrid). El periodo de intervención fue de febrero a junio de 1995.

Se estableció un protocolo de infiltración (corticoide + anestésico a partes iguales), valorándose la mejoría con la escala analógica - visual y posteriormente a la infiltración (máximo de 3 infiltraciones).

**Resultados:** El valor medio del dolor pre-infiltración fue de 6,7 (DE 1,56). Tras la 1ª infiltración se redujo a 3,25 (DE 2,24), resolviéndose el problema de 20 pacientes (50%). De los 20 restantes, tras la 2ª infiltración, 14 pacientes (35%) quedaron asintomáticos, pasando el dolor a ser de 2,32 (DE 2,32). A los 6 restantes se les realizó la 3ª infiltración mejorando en 3 casos (7,5%) de ellos y persistiendo sintomatología en los otros 3 pacientes; la escala fue del 3,33 (DE 1,96).

Abandonaron el estudio 3 personas.

No se detectaron efectos adversos en el periodo de estudio.

**Conclusiones:** En nuestro estudio las infiltraciones han demostrado su efectividad con claro beneficio en un 85% de pacientes infiltrados. Se ha comprobado la excelente tolerancia y aceptación por los enfermos, por lo cual creemos conveniente la aplicación de esta técnica por los profesionales de Atención Primaria.



**TÍTULO: PREVALENCIA DE ANTECEDENTES FAMILIARES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

**AUTORES: Margarita Vázquez Asenjo, Carmen Cristóbal Martínez,  
Prudencio Martínez Repiso.**

**RESUMEN ESTRUCTURADO**

**(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):**

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de antecedentes familiares de hipertensión arterial (HTA) en pacientes hipertensos historiados.

**Metodología:**

**Diseño:** Estudio descriptivo transversal realizado en Mayo de 1995.

**Ámbito:** Centro de salud urbano de Torrejón de Ardoz.

**Sujetos:** Se estudiaron 333 hipertensos historiados entre 15 y 64 años, diagnosticados según criterios de la Organización Mundial de la Salud.

**Mediciones:** Variables estudiadas: edad, sexo, antecedentes maternos y paternos de HTA, grado y etiología de la HTA.

Se ha realizado un análisis estadístico descriptivo de las variables estudiadas.

**Resultados:** De los 333 hipertensos estudiados, 177 (53,2%) eran mujeres y 156 (46,8%) eran varones. La edad media de la población del estudio era 52,44 años (desviación estándar = 8,02). El 96,4% tenía HTA esencial y en un 93,1% la HTA era leve. La prevalencia de antecedentes familiares de HTA entre los hipertensos estudiados era del 48,5%; de este 48,5%, en un 13,4% ambos progenitores eran hipertensos, en un 19,3% existían antecedentes paternos y en un 67,4% antecedentes maternos, siendo la diferencia de antecedentes paternos y maternos estadísticamente significativa.

**Conclusiones:** Casi la mitad de los hipertensos historiados refieren antecedentes familiares de HTA, por lo tanto, en este grupo de población, debería priorizarse la prevención de factores de riesgo cardiovascular. Por otro lado, se observa que la prevalencia de antecedentes maternos de HTA es tres veces mayor que los antecedentes paternos en la población estudiada, este hecho es contrastado con la bibliografía consultada.

**TÍTULO: ÚLCERAS POR PRESIÓN Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

**AUTORES: Juan Santiago Martín Duarte.**

Centro de Trabajo: Refuerzo Área 3 • Teléfono de contacto: 8811667.

#### **RESUMEN ESTRUCTURADO**

(Objetivo, Diseño, Material y Método, Resultados y Conclusiones):

**Objetivo:** Las úlceras por presión constituyen uno de los principales problemas que sufren los usuarios sometidos a inmovilización, si se añade la existencia de algún tipo de demencia en fase avanzada, el problema se ve agravado.

El objetivo del presente estudio ha sido estudiar la eficacia o no de la colagenasa respecto a otros productos en el tratamiento de úlceras cavitadas (grado III y IV) en atención domiciliaria.

**Diseño:** Se ha realizado un estudio descriptivo aplicando colagenasa y otros productos (alginatos, pasta hidroactivada y extracto de centella asiática) en el periodo comprendido entre el 2 de febrero y el 30 de mayo de 1995, a 19 pacientes de ambos sexos inmovilizados, mayores de 60 años y afectados todos ellos por la enfermedad de Alzheimer.

#### **Resultados:**

- La edad media de la muestra fue de 78 años.
- En la serie se dieron 8 varones (42,1%) y 11 mujeres (57,8%).
- Por hábitats todos ellos pertenecían al medio urbano (Coslada).
- Con antecedentes de diabetes apareció un caso (5,2%).
- De los 19 pacientes se dió un total de 30 úlceras, cuya localización fue: 18 en pies (60,1%), 7 en sacro (23,3%) y 5 en trocánteres (16,6%).
- El tiempo medio de curación fue de 114,8 días.
- En todos los usuarios se ha utilizado pomada de colagenasa en algún momento de tratamiento, en 10 pacientes éste fue el único producto empleado, en estos casos el tiempo medio de curación ha sido de 42,6 días.

**Conclusiones:** Este tipo de pacientes son propensos en el momento que pierden movilidad a padecer úlceras por presión así como recidivas; por este motivo la utilización sistemática de protocolos de enfermería como método de trabajo junto con el desarrollo de habilidades en el área de la prevención así como la continuidad de los cuidados, contribuye de manera significativa a disminuir la aparición de las tan temidas escaras.

El tiempo de curación de los pacientes en los que únicamente se utilizó pomada de colagenasa fue de 42 días, lo que unido al tipo de patología que sufrían los usuarios de la muestra hace que se pueda afirmar que los resultados obtenidos son satisfactorios.

Cuando la dependencia del paciente es total como ocurre en los casos estudiados, el papel de Enfermería en la educación a la familia debe ser un proceso continuado dirigido tanto a mantener estable la calidad de vida del usuario afectado como a la necesidad ineludible de cuidar al cuidador.

