



scmfic

societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

Butlletí

de la societat catalana de
medicina familiar i comunitària



18è

Congrés

"Fem Salut, Fem Fòrum"

d'Atenció Primària
de l'SCMFiC

Volum 22 n°3

juny 2004

Extra Congrés

Editorial 69

Entrevista 72-73

Programa 75-78

Presentació 79

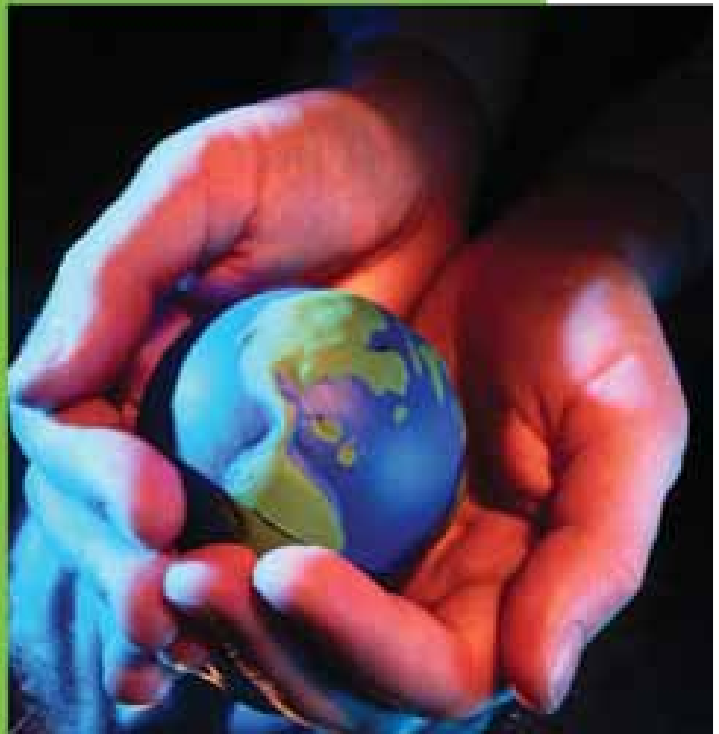
Taules 80-84

Debats 85-96

Pòsters 97-122

Comunicacions 122-130

"Fem Salut, Fem Fòrum"



Barcelona, 15-17 de juny de 2004

www.scmfic.org

Organitzat per



Nous temps, nous reptes

Assumeixo la nova responsabilitat que la Junta Directiva em mi diposita amb la il·lusió i l'entusiasme del que implica treballar en un projecte en el que crec. Són ja sis anys els que porto vinculat a la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària en tasques de direcció, primer com a secretari de la Junta Permanent i, des del Congrés de Barcelona 2003, com a vicepresident.

Considero que quan els projectes són realment valuosos, no és difícil mantenir viu el compromís, perquè entre tots, socis, personal de suport i càrrecs de direcció, hem sabut fer de l'SCMFiC una organització valuosa, molt valuosa; perquè som una organització que creix i continua creixent en la seva vocació de servei, que respira dinamisme i participació, que és solidària i sensible, fiable i amb una missió explícita que supera àmpliament el seu propi interès com a organització, per projectar-se al ciutadà i al global de l'Atenció Primària.

Però és impossible l'èxit sense la participació de tots, és impossible l'èxit sense metes que impliquin un repte en el qual tots ens identifiquem, un repte continu i viu, un repte alimentat per l'esforç de cada dia. A més, em plau dir que no estic sol per liderar aquest nou repte; m'acompanya una Junta renovada i equilibrada, formada per persones compromeses amb un projecte de continuïtat i consolidació de la feina feta, però també amb moltes ganes de reflexió i d'aportar noves visions, moltes noves i higièniques idees. Amb elles i ells tot és molt més fàcil.

En aquest congrés tan especial, en el curs de l'Assemblea, presentarem la proposta d'un pla estratègic per a l'SCMFiC de tres anys vista, fruit de la reflexió i el treball conjunt de la Junta Directiva i de les persones més significatives i actives de l'organització, i del qual farem difusió al conjunt dels socis pels nostres canals habituals de comunicació.

Ens proposem establir cinc línies estratègiques de desenvolupament i treball: volem reforçar l'eficiència del funcionament intern, amb l'aplicació del model EFQM; volem acostar-nos a vosaltres, els socis, valorant les vostres necessitats i reforçant els nostres valors ètics, com la transparència i la integritat; orientar-nos cap a l'alumne, reforçant la territorialitat i adaptant-nos contínuament al mercat formatiu, tan canviant; volem orientar-nos a la comunitat, com a sentit últim de tot el que fem; i finalment, volem dedicar-nos a potenciar el desenvolupament de la professió, del metge de família, i de l'Atenció Primària, en un entorn dinàmic ple de noves expectatives, però també de moltes velles i poderoses amenaces.

No tindrem èxit sense el compromís, esforç i complicitat de tots, de tots vosaltres. I en veritat us dic que val la pena. Val la pena ser metge de família, val la pena ser soci de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

Daniel Ferrer-Vidal Cortella

President de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Butlletí editat per:
Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Portaferrissa 8, pral. 1a. / 08002 Barcelona • Tel.: 933 011 777 • Fax: 933 181 001
 e-mail. scmfic @ scmfic.org
 © scmfic Reservats tots els drets

Junta Permanent:

President: Daniel Ferrer-Vidal i Cortella
Vice-presidents: M. Dolors Forés i García
Secretari: Laura Sebastian i Montal
Vice-secretari: Carles Alsina i Navarro
Tresorer: Ramon Velayos i Balcells
Vocals: Silvia Zamora i Mestre
 Iskra Ligüerre i Casals
Gerent Fundació d'AP: Santiago Rico de Ros

Comitè Editorial:

Director: Joan Lozano i Fernández
C. Editorial: Carles Llor i Vilà
 Rosa Pou i Vila
 Ramon Morera i Castell
 Xavier Bria i Ferré
 Ernest Vinyoles i Bargalló
 Mènci Benítez Camps
 Mireia Sans i Corrales
 Miquel Àngel Martínez i Adell
 Ester Duran i Navarro
 Raül Bonich i Juan
Secretària: Mercè Déu i Martínez

Seccions:

Recerca: Jesus Pujol i Salud
Docència: Feliu Aliaga i Felma
Comunicació: Josep Lluís Ballvé i Moreno
Residents: Carmina Poblet i Calaf

Vocalies territorials:

Anoia: Josep Alins i Presas
Garraf: Cristina Gallardo i Sánchez
Girona: Pascual Solanas i Saura
Lleida: Gisela Galindo i Ortego
Maresme: Ricard Peiró i Navarro
Osona: Antoni Iruela i López
Tarragona: Joan Josep i Cabré
Terres de l'Ebre: Rosa Caballol i Angelat
Vallès Occid.: Montserrat Baré i Mañas
Vallès Orient.: Eulàlia Cladellas i Oliveras

Enllaços amb el Butlletí:

Acreditació Activitats: Marta Piró i Ibáñez
Adolescència: Rosario Jiménez i Leal
Alcohol: Rosa Freixedas i Casaponsa
Anticoagulació oral: Jordi Altirriba i Vives
APOC: Isabel Montaner i Gomis
Asma: Anna Moretó i Reventós
ATDOM: Antonio Aranzana i Martínez
Cerebro-vascular: María Teresa Alzamora i Sas
Comitè de prova: Elisenda Florensa i Claramunt
Comunicació i salut: Josep Massons i Cirera
Cooperació internacional
(COCCOPSI): Maria José Llorens i Morales
Dermatologia: Raül Bonich i Juan
Diabetis (GEDAPS): Pilar Roura i Olmeda
Dislipèmies: César Asenjo i Vázquez
Exercici Físic i Salut: Óscar Peda i Chimenis

Farmàcia: Julio González i Algas
Gent gran: Mònica Papiol i Rufiàs
Hipertensió arterial: Joan Bayó i Llibre
Infeccioses (GERMIAP): Isabel González i Saavedra
Malalties del cor: Valeria Pacheco i Huergo
MBE: Mènci Benítez i Camps
Osteoporosi: Cristina Carbonell i Abella
Patologia digestiva: Gerard Martínez i Sánchez
Patologia prostàtica: Elisenda Sant i Arderiu
Qualitat: Miquel Reguant i Fosas
Reumatologia: Xavier Mas i Garriga
Risc Cardiovascular: Josep Franch i Nadal
Salut mental: Albert Grau i Ruvireta
Tabaquisme (GRAPAT): M. Carmen Cabezas i Peña
Urgències: Pedro Cabrero i Sobrino
VIH: J. Manuel Castillejo i Medina

Producció:

Realització: Javaloyes
Impressió: PT Graf S.L.

Publicitat: Fundació d'Atenció Primària
 Tel. 933 011 777 • Fax 933 181 001

D.L. B-17664-1988 Suport vàlid

scmfic no es fa responsable del contingut dels articles publicats, per tractar-se de les opinions dels autors.



18è

Congrés

d'Atenció Primària
de l'SCMFiC

"Fem Salut, Fem Fòrum"

COMITÈ ORGANITZADOR

Presidenta Mònica Papiol Rufias

Membres Marta Beltrán Vilella
Ignasi Casado Zuriguel
Jeroni Ferrer Santaularia
Celia García Gutiérrez
M. Jesús González Moneo
Miguel Ángel Muñoz Pérez
Oscar Peña Chimenis
Sandra Pons Cuevas

COMITÈ CIENTÍFIC

President Antoni Peris Grao

Membres Alba Brugués Brugués
Anna M. Cerro Miranda
Jordi Fernández Velázquez
Esther Limón Ramírez
Carlos Martín Cantera
Miguel Ángel Martínez Adell
Josep Massons Cirera
Mercè Rico Busquets
M. José Sánchez Ibáñez



Antoni Peris i Grao.

President del Comitè Científic. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària Mestratge en Salut Pública. Director Assistencial SAP Anoia entre 1994 i 2002. Director EAP S. Martí Nord i Sud desde desembre 2002.

Quan falta menys d'un mes pel 18è Congrés de l'SCMFiC parlem amb el President del Comitè Científic per que ens expliqui com s'ha preparat la trobada anual dels metges de família de Catalunya.

"Aquest és un congrés bàsicament dialogant"

Què significa per la SCMFIC fer un Congrés associat al Fòrum de les Cultures?

La medicina de família ha assolit la majoria d'edat a Catalunya. Aquest any la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària ha complert 20 anys. Aquest any també es compleixen 25 anys de la declaració d'Alma Ata i de la creació de la especialitat al nostre país.

Ambdós són motius més que suficients per crear un fòrum de treball en el que puguem reflexionar, valorar a quin punt estem, les fites assolides i els objectius pretesos. I quin millor àmbit per aconseguir-ho que un Congrés de la SCMFIC en coincidència amb el Fòrum de les Cultures 2004?

La SCMFIC, en quant part de la societat civil, té la necessitat, i el deure, d'autoavaluar-se en funció de les noves demandes de la societat a la qual vivim. Per aquest motiu plantejarem un Congrés obert a altres professionals, un espai on hi càpiguen els nostres dubtes, un fòrum on sentir la veu de la població.

Com cada any el Congrés serà un punt de trobada i actualització de diferents temes vinculats amb l'atenció primària a Catalunya. Què aporteu de nou aquest any?.

Des del Comitè Científic i Organitzador del XVIII Congrés, pretenem anar més enllà obrint-nos a totes les necessitats i canvis poblacionals no contemplades habitualment als nostres activitats o fòrum de trobada. Associar-nos al Fòrum és demostrar que estem al pas del nostre país i que volem prendre-li al pols com poden fer altres actors i altres entitats. Aquest any volem incloure al programa aspectes fins ara ignorats per nosaltres: les medicines complementàries, la relació amb la indústria, les desigualtats socials i les "noves" malalties. Ens basem en tres aspectes: La Medicina de Família es l'hereva de la medicina occidental o Medicina de Família ha de ser capaç d'integrar les aportacions d'altres cultures i altres medicines? Al nostre entorn es qüestiona la validesa de les nostres pràctiques. Treballem amb suficients evidències o estem a un nivell similar al de les activitats que pretenem ignorar: l'acupuntura, les medicines naturals, la homeopatia. Estem a una societat canviant, global, multicultural... D'altra banda estem preparats per donar resposta a les noves demandes socials? Envel·liment poblacional, embarassos no desitjats, manca de comunicació, malalties importades, malalties de primera i malalties.

L'atractiu principal de Fem Salut, Fem Fòrum és aquesta possibilitat de tenir, gaudir, aprofitar... una mirada diferent, més enriquidora, sobre la nostra pràctica diària

La SCMFIC, en quant part de la societat civil, té la necessitat, i el deure, d'autoavaluar-se en funció de les noves demandes de la societat a la qual vivim. Per aquest motiu plantegem un Congrés obert a altres professionals, un espai on hi càpiguen els nostres dubtes, un fòrum on sentir la veu de la població.

Hem plantejat el Congrés amb ponències i tallers. Però, també, amb debats. Plantegem moltes preguntes i ens agradaria que els assistents també fessin preguntes i, potser, ens aportessin algunes respostes. No farem "reality shows". Però els debats del Congrés han de ser àgils i rics. No son per lluir-los; han de ser per disfrutar-los.

Les 4 taules que es desenvoluparan tracten temes de màxima actualitat com: les noves demandes dels adolescents, les demandes no sanitàries, les noves malalties com la vaca boja o la grip del pollastre, o les noves alternatives a les velles malalties. Com ha de respondre el metge de família a aquestes noves patologies?

Hores d'ara, hem transformat les activitats preventives en cribratges, aquests identifiquen factors de risc, els pacients son "etiquetats" i posteriorment tractats de la mateixa manera que ho son els malalts... Es tracta d'un avenç científic o sols d'un canvi d'estratègia? És una estratègia de l'atenció primària o de la indústria farmacèutica? Son l'adolescència i la menopausa, per exemple, processos fisiològics o patològics? Sovint les abordem com a malalties... La distímia, l'alopecia o la fibromiàlgia, no son paraules noves per velles situacions com la timidesa, la caiguda del cabell o la depressió?

I els pacients, què en pensen de tot plegat? Per què no ens fan cas? Per què, de vegades o sovint, se'n van a acupuntors o homeòpates o naturistes o...? No volem saber el perquè?. Hem plantejat el congrés amb ponències i tallers. Però, també, amb debats. Plantegem moltes preguntes i ens agradaria que els assistents també fessin preguntes i, potser, ens aportessin algunes respostes. No farem "reality shows". Però els debats del Congrés han de ser àgils i rics. No son per lluir-los; han de ser per disfrutar-los.

Els debats previstos confirmen el caràcter de discussió i diàleg del Congrés amb temes com la indústria i la salut, o les medicines complementàries. Estem davant un Congrés poc científic i massa "discursiu"?

Hi ha qui diu que el Congrés és poc científic i molt discursiu.

No és massa discursiu. És dialogant. Pel que fa a l'altra punt, val a dir que serà tan científic com els assistents valorin els anàlisis de la pràctica mèdica habitual o de les patologies ateses des de punts de vista diferents. Possiblement un dels màxims errors de la pràctica mèdica que fem és la incapacitat per adoptar una perspectiva diferent. Sovint enriquiríem els nostres coneixements si fóssim capaços de fer una mirada diferent.

Quin creus que és l'atractiu principal de "Fem Salut, Fem Fòrum".

L'atractiu principal de Fem Salut, Fem Fòrum és aquesta possibilitat de tenir, gaudir, aprofitar... una mirada diferent, més enriquidora, sobre la nostra pràctica diària, sobre l'organització dels equips, sobre la manera d'escoltar, sobre l'abordatge dels factors de risc, sobre la valoració dels factors no estrictament sanitaris...

Quina participació dels socis espereu en aquest Congrés?

Esperem que els socis i no socis aprofitin aquesta oportunitat. Que siguin curiosos, que tinguin ganes d'aprendre, de treballar amb nosaltres, de descobrir nous punts de vista... Moltes coses es perpetuen per que es repeteixen. Així es solidifica una bona praxi i un conjunt de coneixements. Però també es perpetuen així els errors. Voldríem que el XVIII Congrés de la SCMFIC fos el primer pas en una nova direcció de l'Atenció Primària, la possibilitat de reformar una reforma que va enriquir els professionals i que va permetre millorar la salut dels ciutadans, però que ara cal renovar. Amb sort, els plantejaments que ara es consideren estrambòtics o agosarats poden arribar a ser habituals.

	Sala A	Sala B	Sala 1	Sala 2	Sala 3
Dimarts 15					
16.00-17.00	Actualització MPOC				
17.00-19.00	Noves demandes dels adolescents	Recerca a l'Atenció Primària	Medicaments que no curen	Ajudes tècniques a domicili	Medicina natural
19.00-19.30	Acte inaugural				
19.45		Danses africanes			
20.15	Còctel				

	Sala A	Sala B	Sala 1	Sala 2	Sala 3
Dimecres 16					
09.00-11.30	Taula: "Què volen aquesta gent?" Les demandes no sanitàries a la sanitat.	Comunicacions	Acupuntura 9.00-11.00	Ajudes tècniques a domicili 9.00-11.00	Compliment terapèutic 9.00-11.00
11.30-12.00	Cafè				
12.00-13.30	Conferència convidada: La "no evidència"				Exercicis terapèutics i higiene postural 12.00-14.00
14.00-15.45	Dinar de treball				
15.45-17.45	Taula: La vaca està boja i el pollastre té la grip, què mengem?	Debat: La vida en família: tot queda a casa? Nova organització de l'EAP	Medicina natural	Nutrició en gent gran	Mediadors culturals
17.45-18.15	Cafè				
18.15-19.15	GPC Prevenció del càncer colorrectal	Assemblea SCMFIC 19.00			
20.30	La caminada del Congrés				

	Sala A	Sala B	Sala 1	Sala 2	Sala 3
Dijous 17					
09.00-11.30	Taula: "Velles medicines, noves alternatives". Les medicines complementàries	Comunicacions	Body art 9.00-11.00	Detecció de maltractaments a la dona 9.00-11.00	Exercicis terapèutics i higiene postural 9.00-11.00
11.30-12.00	Cafè				
12.00-14.00	Debat: Medicines complementàries, per a qui, per què?	Debat: Indústria i Salut	Atenció al viatger	Investig. qualitativa	L'adolescent immigrant
14.00-15.45	Dinar de treball				
15.45-17.45	Taula: Medicina social, un assumpte nostre. Les desigualtats i la salut	Taula: Les noves malalties?	Acupuntura	Risoteràpia	Mediadors culturals
17.45-18.15	Cafè				
18.15-19.15	Conferència de cloenda: L'autodependència a l'atenció primària: emmalaltim els pacients?				
19.15	Lliurament de premis i cloenda				
19.30	Còctel de cloenda				

NOTA: Els inscrits als tallers s'hauran de presentar a la sala 10 minuts abans de l'inici. En cas de no estar a la sala, el seu lloc podrà ser ocupat pels interessats que estiguin apuntats a la llista d'espera que es realitzarà a l'entrada de la sala de cada taller 15 minuts abans de l'inici.

Dimarts 15 de juny

16.00-17.00 Actualització MPOC
Sala A Carles Rodríguez. *Metge de Família, EAP Alcover*
 Manuel Prieto. *Metge de Família, EAP Reus 3*

17.00-19.00 **Taula:** Noves demandes dels adolescents
Sala A Moderador: Ignasi Casado. *Metge de Família, EAP Balfià-Pardinyes-Secà de Sant Pere*

**L'esclavitud de la imatge.
 De l'anorèxia a la vigorèxia**

Rosario Jiménez. *Metgessa de Família, EAP Vallcarca-Sant Gervasi*

Alex Olivé. *Llicenciat en activitats físiques i esport. Facultat INEF. UB*

Les noves famílies

Roser Casalprim. *Psicòloga clínica, CSMII Fundació Nou Barris*

Carme Grifoll. *Psiquiatra, Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil, Fundació Nou Barris*

Montserrat Puig. *Psicòloga, Fundació Nou Barris*

Noves tecnologies

Carles Alsinet. *Psicologia Social, Universitat de Lleida*

17.00-19.00 **La recerca a l'Atenció Primària:**
Sala B *Oportunitats de les xarxes acreditades per l'Institut de Salut Carlos III i el DURSI*

**Presentació de la redIAPP:
 la gran oportunitat de l'Atenció Primària en les xarxes de l'Institut de Salut Carlos III**

Bonaventura Bolívar, *Junta de Govern de la redIAPP*

**La recerca en estils de vida:
 oportunitats de l'Atenció Primària**

Carmen Cabezas, *coordinadora Àrea de Recerca en Estils de Vida de la redIAPP*

**La recerca en envelliment:
 oportunitats de l'Atenció Primària**

Josep Maria Argimon, *investigador Xarxa d'envelliment del DURSI*

La recerca en diabetis a l'Atenció Primària:

Bernardo Costa, *director de la Xarxa del DURSI*

19.00-19.30 Acte inaugural
Sala A

19.45 Danses africanes
Sala B

20.15 Còctel de benvinguda

Dimecres 16 de juny

09.00-11.30 **Taula:** "Què volen aquesta gent?"
Sala A Les demandes no sanitàries a la sanitat.
 Moderador: Josep Massons. *Metge de Família*
 Ponents: Ramon Morera. *Director de Divisió d'Atenció Primària de l'ICS*
 Carme Sabater. *Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat*
 Ricardo Meneu. *Editor de la revista Gestión Clínica y Sanitaria*
 Albert Planes. *Metge de Família, EAP Sta. Eugènia de Berga.*

09.00-11.30 Comunicacions
Sala B Moderador: Miquel Angel Martínez Adell
Metge de Família, EAP Gonçal Calvo i Queraltó, Argentona.

11.30-12.00 Cafè

12.00-13.30 Conferència Convidada.
 La "no evidència"
Sala A Albert Jovell. *Especialista en Medicina i Salut Pública, Biblioteca Josep Laporte*

14.00-15.45 Dinar de treball

15.45-17.45 **Taula:** La vaca està boja i el pollastre té la grip, què mengem?
Sala A Moderador: Lluís Valerio. *Metge de Família, Unitat de Salut i Atenció a l'Immigrant, EAP Fondo*

Les noves plagues

Joaquim Gascón. *Medicina tropical, Hospital Clínic*

Abel Mariné. *Seguretat i riscos en alimentació Facultat de Farmàcia de la Universitat de Barcelona*

La telefonia mòbil i els seus efectes sobre la salut de la població

Emília Sánchez. *Especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, AATRM*

15.45-17.45 **Debat.** La vida en família: tot queda a casa?.

Sala B Nova organització de l'EAP
 Moderadora: Montse Molas. *Infermera, SAP Osona*
 Hi participen: Glòria Jodar. *Infermera, SAP Baix Llobregat litoral*
 Maria Llussà. *Pediatra*
 Antoni Peris. *Metge de família, EAP Sant Martí*
 Pepita Rodríguez. *Treballadora Social, EAP Centre i Can Mariné,*

- 17.45-18.15 Cafè
- 18.15-19.15 GPC prevenció del càncer d'còlon
 Moderador: Juanjo Mascort. *Metge de Família, EAP La Florida Sud*
 Hi participen: Antoni Castells. *Gastroenteròleg, Unitat de càncer colorectal, Hospital Clínic*
 Mercè Marzo. *Epidemiòleg, Divisió d'Atenció Primària, ICS*
- 19.00 Assemblea SCMFIC
 Sala B
- 20.00 La caminada del Congrés:
 Un tomb per Barcelona. Apunta-t'hi
Grup d'Exercici físic de l'SCMFIC
 Itinerari: Port Olímpic fins el Fòrum.
Els inscrits podran accedir al recinte del Fòrum
- Dijous 17 de juny**
- 09.00-11.30 **Taula:** "Velles medicines, noves alternatives"
 Les medicines complementàries
 Sala A
 Moderadora: Mercè Rico. *Treballadora Social, EAP Sant Josep*
Medicina natural
 Immaculada Nogués. *Metgessa de Família, EAP Lluís Millet*
Acupuntura
 Mercè Escriche. *Metgessa de Família, EAP La Pau*
Homeopatia
 Feliu Aliaga. *Metge de Família, EAP Sant Quirze*
Osteopatia
 Mercè Botinas. *Metgessa de Família*
- 09.00-11.30 Comunicacions
 Sala B
 Moderador: Jordi Fernández.
Metge de família EAP Besós
- 11.30-12.00 Cafè
- 12.00-14.00 **Debat.** Medicines complementàries, per a qui, per què?
 Sala A
 Moderadora: Carmen Cabezas.
Metgessa de Família, Fundació Gol i Gorina
 Hi participen: Josep Lluís Ballvé.
Metge de Família, EAP Florida Nord
 Josep Maria Comelles. *Antropologia Social, Universitat Rovira i Virgili*
 Isabel Giralt. *Metgessa acupuntora, Clínica de Medicina Natural Energimed*
 Manel Mateu. *Metge internista i homeòpata*
 Els assistents
- 12.00-14.00 **Debat.** Indústria i Salut
 Sala B
 Moderador: Paco Díaz. *Metge de família, Grup GRIS, EAP La Salut*
 Hi participen: Emili Esteve. *Director del Departament Tècnic de Farmaïndústria*
 Joan Ramon Laporte. *Farmacòleg, Institut Català de Farmacologia*
 Rafael Manzanera.
Director General de Recursos Sanitaris. Departament de Sanitat
 Raffaella Ravinetto. *Farmacèutica. Metges sense Fronteres*
 Els assistents
- 14.00-15.45 Dinar de treball
- 15.45-17.45 **Taula:** Medicina social, un assumpte nostre. Les desigualtats i la salut
 Sala A
 Moderador: Miguel Angel Muñoz
Metge de Família, EAP Montornés-Montmeló
 Hi participen: Manel Anoro.
Metge de Família, EAP Raval Sud
 Carme Borrel. *Epidemiòloga, Institut Municipal de la Salut*
 Arcadi Oliveres.
Departament d'Economia Aplicada, Universitat Autònoma de Barcelona
 Mercè Solé. *Treballadora social*
- 15.45-17.45 **Taula:** Les noves malalties?
 Sala B
 Moderadora: M. José Sánchez Ibáñez.
Metgessa de Família, EAP-Vallcarca-Sant Gervasi
 Hi participen: José Miguel Baena.
Metge de Família, EAP Foc
Grup Gent Gran, SCMFIC
 Joan Corbera. *Metge de Família, ABS Vallcarca, Grup de Salut Mental, SCMFIC*
 M. Jesús Cornellana. *Ginecòloga, SASSIR Sant Martí (IMAS)*
 Lourdes Mateo. *Reumatòloga, EAP Just Oliveres*
- 17.45-18.15 Cafè
- 18.15-19.15 Conferència de cloenda.
 L'autodependència a l'atenció primària: emmalaltim els pacients?
 Jorge Bucay. *Escriptor*
- 19.15 Lliurament de premis i cloenda del Congrés
- 19.30 Còctel

Tallers

Dimarts 15

- 17.00-19.00 Medicaments que no curen Sala 1
Susanna Blanch,
Coordinadora de la campanya
"Medicaments que no curen".
Núria Oliva, farmacèutica i responsable
de sensibilització de Farmacèutics Mundi
- Ajudes tècniques a domicili Sala 2
Teresa Elorduy, Grup Sirius,
Vallès Occidental
Montse Hurtado, Pedagoga i Terapeuta
ocupacional
- Medicina natural Sala 3
Immaculada Nogués,
Metgessa de Família i homeòpata

Dimarts 16

- 8.30-10.30 Taller de relaxació aquàtica¹
Josep Nadal, Formador de formadors
en exercici físic i Salut, IES Rubió i Ors
Montserrat Romaguera,
Metgessa de Família, EAP Morera-Pomar
- 09.00-11.00 Acupuntura Sala 1
M. Jesús González, Metgessa de Família,
EAP Sant Martí
Carme Pigem, Metgessa de Família,
EAP Figueres
- Ajudes tècniques a domicili Sala 2
Teresa Elorduy, Grup Sirius, Vallès Occidental
Montse Hurtado,
Pedagoga i Terapeuta ocupacional
- Compliment terapèutic Sala 3
Teresa Gros, Metgessa de Família,
EAP Ronda Cerdanya, Mataró
Grup de HTA de la SCMFIC
- 12.00-14.00 Exercicis terapèutics i higiene
 postural per a l'esquena² Sala 3
Juanjo Anton, Eulàlia Duran
i Francisco Javier Millet,
Grup d'exercici físic, SCMFIC
- 15.45-17.45 Medicina natural Sala 1
Immaculada Nogués,
Metgessa de Família i homeòpata
- Nutrició en gent gran Sala 2
Mar Mir, Moisès Aleman Infermers,
EAP Argentona i Hospital de Mataró, CSM
- Mediadors culturals Sala 3
Adama Bojang i Badia Bouia,
Mediadores culturals. Hospital de Mataró

Dimarts 17

- 09.00-11.00 Body art Sala 1
Anna Cerro, Metgessa de Família,
EAP Collblanch
- Detecció de maltractaments
 a la dona Sala 2
Pilar Babi i Aurora Rovira,
Grup de detecció de maltractaments,
SAP Sant Martí
- Exercicis terapèutics i higiene
 postural per a l'esquena² Sala 3
Juanjo Anton, Eulàlia Duran i
Francisco Javier Millet,
Grup d'exercici físic, SCMFIC
- 10.30-12.30 Taller de relaxació aquàtica¹
Josep Nadal, Formador de formadors
en exercici físic i Salut,
IES Rubió i Ors
Montserrat Romaguera,
Metgessa de Família,
EAP Morera-Pomar
- 12.00-14.00 Atenció al viatger Sala 1
Clara Carrasco i Lola Guerrero,
Grup COCOOPSI, Metgesses de Família
EAP Palafrugell
- Investigació qualitativa Sala 2
Francesca Zapater, Metgessa de Família,
EAP Montornès-Montmeló
- L'adolescent immigrant Sala 3
Soledad Nadal i Cristina Oriol,
Grup d'adolescents de la SCMFIC
- 15.45-17.45 Mediadors culturals Sala 1
Adama Bojang i Badia Bouia,
Mediadores culturals.
Hospital de Mataró
- Risoteràpia³ Sala 2
M. del Mar de la Hoz i Maribel Rivera,
Infermeres,
ABS Río de Janeiro
- Acupuntura Sala 3
M. Jesús González, Metgessa de família,
EAP Sant Martí
Carme Pigem, Metgessa de Família,
EAP Figueres

Un Congrés diferent?

Això és el que tots els comitès, científics i organitzadors plantejgen, plantejgem, sempre. Fer un congrés millor, més enriquidor, diferent... Enguany hem procurat assolir aquesta fita de bon tros i ja des d'abans de començar hem provat de fer-ho vinculant-nos a les propostes del Fòrum de les Cultures.

Uns dels eixos d'aquest discutit esdeveniment és la multiculturalitat i la sostenibilitat. Hem plantejat, doncs, una lectura lliure d'aquests valors en la nostra professió. Només si sabem mirar al voltant podrem veure nous camins per millorar.

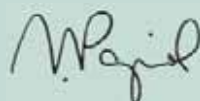
I ho hem fet amb la valentia d'identificar aquelles pràctiques mèdiques que sovint es consideren inusuals. Parlem de les medicines complementàries. Ens podem plantejar que l'acupuntura, l'homeopatia o les medicines naturals fossin les medicines oficials i la medicina occidental fos la complementària? Als països més poblats del món, la Xina i l'Índia, els joves volen roba de marca i utilitzen ordinadors com a Occident, en canvi la medicina que practiquen preferentment segueix sent la xinesa i l'ayurvèdica. És necessari que, com a col·lectiu professional, prenguem consciència de les conseqüències dels nostres diagnòstics i prescripcions, de l'acte mèdic en general, de les nostres mancances detectades per part de la població i del que busquen els usuaris en les "altres medicines".

Analitzem les relacions que mantenim amb els altres actors de l'obra que interpretem? Aprenem a escoltar els adolescents, amb demandes específiques, difícils de comprendre de vegades, doncs aquests nois i noies seran els adults del futur a mig termini. Acostumem-nos a atendre a persones cada vegada més grans, amb característiques específiques de l'envelliment. Habituem-nos a tenir pacients que parlen altres llengües i tenen un color de pell diferent, en resum, una població que demana nous plantejaments. Cal que adaptem les nostres organitzacions per respondre a aquestes necessitats? És imprescindible que impliquem a l'administració en l'anàlisi dels nous valors socials?

I les malalties? Ah, sí... Nosaltres també atenem pacients amb malalties definides. I, per aquest motiu, també hi ha un apartat a les ponències. Hi ha noves malalties que hem de conèixer i pacients que se senten malalts però no sabem si tenen o no una malaltia.

I ens interroguem també sobre la nostra relació amb la indústria farmacèutica... Si canvia el món i nosaltres hem de canviar, també aquesta relació de simbiosi haurà de modificar els seus paràmetres.

Però, de malalties fa temps que en parlem. Ho fem bastant be. Però, sempre hi ha un però, aquesta vegada calia esmentar-les amb veu baixa, deixar-les una mica de banda, calia que sortíssim dels nostres centres d'atenció primària per fer una nova mirada, un cop d'ull com el que fa un viatger en arribar a un paisatge desconegut i descobreix un altre món, una altra manera de viure. Cal que trobem una nova manera de fer. Per això calia, per començar, un congrés diferent.



Mònica Papiol Rufias



Antoni Peris i Grao

Noves demandes dels adolescents.

Moderador: *Ignasi Casado*

El món canvia i els primers a notar aquests canvis són les “noves generacions”.

Fa uns anys que els metges de família estem intentant entendre i atendre els adolescents a les consultes i millorem les nostres tècniques d'entrevista amb joves: parlem de confidencialitat, de menor madur... Molts hem aconseguit que els nostres joves i les seves famílies ens tinguin confiança; hem començat a ésser interlocutors vàlids en temes de salut. Tant és així que hi ha consultes que fa uns anys no haguéssim pensat mai que ens podrien arribar.

L'esclavitud de la imatge. De l'anorèxia a la vigorèxia.

Rosario Jiménez i Alex Olivé.

“Oriol, 17 anys, consulta amb la seva mare perquè vol una dieta per estar més fort. Vol anar al gimnàs cada dia unes dues hores per fer musculació, però al gimnàs li han dit que fins als 18 anys no és convenient forçar tant, i la seva família no ho veu gens clar. Ell és un noi prim i alt; porta els cabells una mica llargs, damunt la cara; insisteix en el fet que es veuria millor amb uns quilos de més i que vol estar fort (creu que així tindria més èxit amb les noies). Amb tant exercici, el seu rendiment escolar ha baixat i a casa estan preocupats. Ell està enfadat, no li deixen fer el que vol.”

Malgrat que des de les consultes hem de recomanar l'esport com un hàbit saludable, el culte a la imatge fa que el límit entre la salut i l'esclavitud pel cos, es converteixi en una fina línia. A més, també hi ha joves que no volen realitzar cap activitat física per la por a mostrar el propi cos i la falta d'agilitat d'aquesta època de creixement.

Com hauríem de treballar des de les consultes aquests aspectes els metges de família?

L'Alex Olivé, des del món dels esports, ens donarà algunes orientacions sobre aquests temes i ens farà veure com les indicacions que la família i el jove reben del metge, poden influir en la manera de relacionar-se amb l'exercici físic.

Les noves famílies.

Susanna Brignoni i Fundació Nou Barris.

“Júlia, 17 anys. Ve sola a la consulta i es queixa que pateix mareigs i que no pot dormir bé. Ens comenta que fa prop d'un any que viu amb els seus pares que és pacient nostre. Els seus pares es varen separar quan ella tenia 8 anys i sempre havia viscut amb la mare, però fa 6 anys que aquesta té una nova parella que viu a casa i ara tenen un fill en comú de 3 anys. Ella no estava bé

amb ells, de manera que va decidir traslladar-se a viure amb el pare. Aquest vivia amb l'àvia, i ella estava acostumada els caps de setmana a conviure amb ells. Fa 3 mesos que l'àvia es va morir de cop i ella no sap que fer...”

Molts joves ens expliquen experiències de noves famílies que ens resulten sorprenents. Alguns tenen difícil tenir un referent clar que reforci la confiança i l'autoestima; se senten sols i sovint abandonats. Altres, malgrat que tenen estructures familiars francament diferents a les “habituals”, se senten recolzats i estimats i poden madurar sense cap problema.

Nosaltres des de les consultes hem de conèixer com és l'estructura familiar d'aquest jove que ens consulta (d'aquí la importància del genograma) i conèixer això ens permet conèixer millor el jove que tenim davant, però no hauríem de prejutjar res.

La Fundació Nou Barris, des del món de la psicologia, ens ajudarà a comprendre la influència d'aquestes noves estructures familiars en l'adolescència dels nostres joves i com des de les nostres consultes podem afavorir la relació dels joves amb les seves famílies.

Noves tecnologies.

Carles Alsinet.

“En Jaume ve a la consulta amb la seva mare. Té 14 anys i a ella li preocupa el fet que no surt de casa. És molt reservat i es passa el temps tancat a la seva habitació. Només li agraden els ordinadors i es passa la vida connectat a Internet, molts dies s'hi està fins a altes hores de la matinada. La tutora de l'institut li ha dit que si no treballa haurà de repetir curs i que no creu que pugui fer batxillerat, malgrat que fins fa poc era un alumne brillant. No saben què fer, perquè una setmana li varen treure l'ordinador de l'habitació, però va ser un “drama”.

Internet, mòbils, jocs de vídeo-consolles... Aquest és el món dels nostres adolescents, i molts d'ells s'inicien a edats molt joves. Els adults tenim un cert respecte a tot allò que no coneixem i creiem que pot representar un risc per als joves i nens..., però d'altra banda potser és dolent que visquin al marge de tots els companys que es mouen dins d'aquest món.

Pot representar tot això un problema sanitari? Hem d'intervenir des de les consultes? Què fem si ens demanen opinió? Quins és el límit entre la “normalitat” i la patologia?

En Carles Alsinet, des del món de la sociologia i la universitat, ens podrà parlar d'aquest fenomen emergent i de què ens podem trobar a les consultes. Ens introduirà al món dels joves i de les noves tecnologies.

Així doncs, el proper 15 de juny, provarem de respondre aquestes qüestions des de la Taula (o bé obrir nous interrogants?).

La vaca està boja i el pollastre té la grip, què mengem?

Moderador: *Ignasi Casado*

Les noves plagues

Joaquim Gascon

Transgènics i perils alimentaris

Abel Marné

Camps magnètics, La telefonia mòbil i els seus efectes sobre la salut de la població

Emília Sánchez

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

En els darrers anys la utilització de la telefonia mòbil ha experimentat un increment molt important, que ha anat associat a una preocupació de la població pels efectes en la salut atribuïts a les radiacions emeses pels telèfons mòbils (TM) i per les estacions base. Els efectes en la salut més freqüentment relacionats amb l'ús de la telefonia mòbil i expressats força sovint per la població representen un conjunt de símptomes inespecífics com el mal de cap, la fatiga, els trastorns de la son, la pèrdua de la concentració i la memòria o els episodis transitoris de visió borrosa i sordesa. També s'ha atribuït un paper a la telefonia mòbil en el desenvolupament d'altres patologies més concretes i definides, com ara tumors cerebrals, neurinomes de l'acústic, tumors de glàndules salivals, i leucèmies i limfomes.

Els senyals utilitzats en telecomunicacions són ones electromagnètiques anomenades radiacions de radiofreqüència (RF) o microones. La xarxa de telefonia mòbil, que inclou el TM pròpiament dit i les estacions de telefonia, transmet informació mitjançant senyals d'RF, amb una freqüència d'ona entre 800 MHz i 1.800 MHz (l'espectre electromagnètic per als camps d'RF se situa entre 300 Hz i 300 GHz).

La recerca experimental per estudiar els efectes biològics dels camps d'RF és molt àmplia i heterogènia i inclou tant els estudis duts a terme en cultius cel·lulars i teixits (in vitro) i en animals (in vivo), com en humans (voluntaris). Els estudis revisats fan referència als efectes de les radiacions d'RF situades entre 100 MHz i 60 GHz (els TM actuals utilitzen radiacions d'RF de 800 MHz a 2 GHz) i es concentren, d'una banda, en els canvis funcionals en el cervell i en els canvis conductuals

conseqüents (influència de l'exposició a l'RF sobre el cap) i, de l'altra, en els processos carcinogènics, la reproducció i el desenvolupament, el sistema cardiovascular i la longevitat (exposició de tot el cos a l'RF).

Els efectes biològics observats en els sistemes cardiovascular, endocrí i immune, i en la conducta dels animals estudiats sembla que són conseqüències tèrmiques de les exposicions agudes a les radiacions d'RF. Es necessiten, però, increments almenys d'1 o 2 °C en la temperatura perquè es produeixin els efectes esmentats. Pel que fa a altres efectes, com ara l'increment del risc de desenvolupar càncer després de l'exposició a RF, hi ha controvèrsies. Atès que les radiacions no tenen energia suficient per trencar els enllaços moleculars de manera directa, sembla que no hi ha base teòrica per suggerir que poden afectar l'ADN. Amb tot, les dificultats per interpretar les troballes dels estudis de laboratori poden fer pensar que les radiacions d'RF no són completament innòcues i que, per tant, podrien provocar efectes en la salut que no han estat identificats encara.

Els experiments in vitro que han demostrat proliferació cel·lular, canvis en la membrana de les cèl·lules i en els canals iònics són difícils d'extrapolar als humans. També es fa difícil extrapolar els efectes en les funcions cerebrals i en la conducta dels rosegadors a les persones ja que en aquests animals s'exposa tot el cervell a les radiacions mentre que, en el cas de les persones que utilitzen TM, només una part del cap (la que queda propera al telèfon) és la que està exposada. D'altra banda, tots aquests riscos derivats dels efectes tèrmics de les radiacions és molt poc probable que s'observin en humans atès que l'increment de la temperatura local del cervell que indueixen les microones generades pels TM és insignificant (s'ha estimat en 0,1°C). Finalment, no hi ha evidència d'efectes no tèrmics sobre la salut humana.

Pel que fa a estudis poblacionals, la recerca epidemiològica s'ha dut a terme en població general i fa referència, principalment, al càncer. El nombre d'estudis, però, és molt reduït i els treballs presenten importants limitacions metodològiques, la més destacable de les quals és, probablement, la manca d'un nombre suficient de persones amb una durada llarga de l'exposició i un període de latència (temps entre l'exposició i l'avaluació de la malaltia) perllongat. Cal assenyalar, també, que tots aquests estudis avaluen l'impacte en la salut de les exposicions a radiacions d'RF emeses pels TM, no de les procedents d'antenes i estacions base. D'acord amb aquests resultats, no es pot establir una relació de tipus causal entre l'ús del TM i l'increment del risc de patir tumors cerebrals, de les glàndules salivals o neurinomes de l'acústic.

Altres símptomes relacionats amb l'ús del TM referits en la literatura científica són cefalees, cansament, trastorns de la son, pèrdua de memòria, dificultat de concentració, mareig, sensació d'escalfor o formigueig en la regió auricular (o auditiva) o en tot el cap, vertigen, sordesa i visió borrosa. El nombre d'estudis disponibles és molt reduït i els resultats no proporcionen evidències de l'associació d'aquesta simptomatologia amb l'ús del TM.

L'efecte més important de la telefonia mòbil sobre la salut, i l'únic risc clarament establert des del punt de vista epidemiològic, són els accidents de trànsit que, precisament, no estan relacionats amb l'exposició a les radiacions d'RF. Els resultats d'alguns estudis demostren que el risc de patir un accident quan s'utilitza el TM és quatre vegades més gran que quan no es fa servir (RR: 4,3; IC 95%: 3,0 - 6,5).

Així, doncs, l'evidència disponible no proporciona un patró clar que doni suport a l'associació entre l'exposició a l'RF de la telefonia mòbil i els efectes directes sobre la salut (risc de càncer, problemes reproductius,

anomalies congènites, etc.). Dit en unes altres paraules, no hi ha evidència que la radiació emesa pels TM causi problemes de salut, però no hi ha informació suficient per concloure que no representa un risc. En l'actualitat, per tant, és impossible afirmar que l'exposició a la radiacions d'RF (encara que estiguin per sota dels nivells permesos) no tingui efectes adversos en la salut de la població general.

En un context d'incertesa i manca de resultats conclusius com el descrit, s'han proposat mesures per a la reducció de l'exposició a les radiacions emeses pels TM, basades en l'anomenat "principi de precaució". El principi de precaució és una estratègia amb enfocament preventiu que s'aplica a la gestió del risc en aquelles situacions on hi ha incertesa científica dels efectes que, sobre la salut o el medi ambient, pot produir una activitat determinada. Essencialment requereix que, abans d'acceptar una activitat o procediment nou, es tingui l'evidència positiva que els riscos que comporta són acceptablement baixos i no només la manca d'evidència convincent que els riscos són elevats i inacceptables.

"Velles medicines, noves alternatives". Les medicines complementàries.

Moderadora: *Mercè Rico*

Fitoteràpia: Aportacions de la medicina naturista a la medicina de família.

Dra. Inmaculada Nogués.

ABS Lluís Millet.

Parlar de medicina naturista és parlar de passat, de present i de futur.

De passat, perquè ens permet recobrar conceptes que vam perdre a l'enlluernar-nos amb l'avanç de la tècnica i que al recuperar-los reprenem savis conceptes que ens poden permetre comprendre millor els misteris de la salut i la malaltia.

De present, perquè és evident el gran despertar i auge de la medicina naturista, i d'altres medicines complementàries, com una demanda de la societat; i de futur perquè ens aporta noves eines terapèutiques i nous camins d'investigació.

Com s'ha dit en moltes ocasions: només hi ha una medicina, la que ajuda a curar i sanar al malalt. Però el que sí que existeixen són diferents criteris o enfocaments a l'hora d'abordar un malalt i el seu problema de salut, i que constitueixen els diferents criteris mèdics. El criteri que ens van ensenyar a la facultat de Medicina és el criteri alopàtic que intenta curar pels contraris.

Encara que existeixen altres criteris com són l'homeopàtic que intenta curar pel semblant; el de la medicina tradicional xinesa que tracta de curar reequilibrant i normalitzant la circulació energètica; el de la medicina naturista que tracta de curar aplicant estímuls naturals que actuïn en el mateix sentit que ho faria la naturalesa de l'individu, etc.

No obstant això ha de quedar clar que els diferents criteris mèdics no són opcions excloents entre si, sinó en la majoria de les ocasions són complementaris. El criteri mèdic naturista té com a punt de referència "curar aplicant estímuls naturals que actuïn en el mateix sentit que ho faria la naturalesa de l'individu".

La medicina naturista seria en definitiva, un sistema mèdic preventiu i terapèutic, basat en la comprensió i utilització dels principis autoreguladors del mateix organisme i que contempla a l'individu en la seva globalitat i integrat en un entorn.

Algunes de les aportacions de la medicina naturista serien:

- Recuperar conceptes hipocràtics bàsics que per la seva simplicitat, s'han diluït d'alguna manera en un mar d'especialitats, superespecialitats i informació tècnica. Una de les aportacions dels diferents criteris mèdics és tenir tots ells una visió "global i integral" de la persona, del diagnòstic i del tractament.
- La medicina naturista incorpora el concepte de força interna curativa, reconeixement de l'existència de l'energia o força vital que anima i dona vida al nostre Ésser, concepte ja contemplat pels metges hipocràtics, xinesos, ayur-vèdics, etc. Existència de la Phisis (Vis Natura Medicatrix) equiparable als sistemes d'autorregulació o homeòstasi. Aquesta força interna tendeix a la curació del pacient. S'expressa a través dels símptomes en un esforç de l'organisme per normalitzar les seves funcions i restablir l'equilibri. El metge ha d'actuar ajudant perquè es restableixi la correcta funció orgànica sense deixar d'interpretar la finalitat dels símptomes, únicament suprimint-los.
- "Primum non nocere". Primer no perjudicar. Per tant es prioritzen, sempre que sigui possible, els tractaments no agressius.
- L'actitud del metge no ha de ser sempre intervencionista. Cal interpretar el que pretenen els mecanismes d'autorregulació, eliminant els obstacles, no actuant de forma sistemàtica suprimint la seva acció.
- La comprensió del fet que no caiem malalts bruscaament, encara que existeixen malalties fulminants, sinó que existeix tot un procés que acaba manifestant-se en la malaltia. El Dr. Edward Bach, pioner de les Essències Florals, afirmava que la malaltia no és material en l'origen, sinó que hi ha tot un recorregut fins que es plasma i manifesta en la matèria del nostre cos.
- Concepte de Terreny, entès com a disposició particular per reaccionar davant de les agressions o desequilibris, intenta explicar perquè els successos patològics no es manifesten en totes les persones sota les mateixes circumstàncies, i perquè uns processos patològics en uns casos van cap a la destrucció final, mentre que uns altres resisteixen les agressions.

Té en compte el concepte de medi ambient intern que envolta a cadascuna de les nostres cèl·lules conegut com mesènquima, sistema bàsic de Pischinger, i com actuar-hi per mantenir-lo sa i en condicions, sent aquí on adquireixen rellevància les tècniques depuratives que aporta l'enfocament de la Medicina Naturista.

- Entendre la salut orgànica com l'equilibri entre les entrades i les sortides: teoria humoral. Existeix una doble via entre les entrades i sortides realitzada simultàniament a través dels sistemes digestiu, respiratori, cutani i excretor. Quan les entrades sobrepassen la capacitat d'eliminació de l'organisme, es trenca l'equilibri que pot conduir-nos a les malalties per excés (obesitat, diabetis, arteriosclerosi...), per contra si les entrades són menors a les necessitats o el desgast és major, s'estableixen les malalties carencials.
- Entendre la malaltia com un estímul per al canvi, com una oportunitat de transformació de l'inadequat i inharmoniu per l'adequat i harmònic.
- Una actitud eminentment preventiva i enfocada cap a la salut. Tot l'enfocament dels estudis en les facultats de medicina estan dirigits a l'estudi de la malaltia, i només es parla de salut, com conservar-la i què fer per recuperar-la una vegada perduda. En els plans docents de les carreres sanitàries es dona la paradoxa que l'estudi de la salut és un aspecte gairebé ignorat.
- Una visió global de l'ésser, entenent a la persona des de totes les seves dimensions física, emocional,

mental i espiritual. Cada ésser és únic i particular, hi ha malalts i no només malalties. Per tant el plantejament del tractament és individualitzat. La medicina naturista té els seus orígens en la medicina hipocràtica, però adquireix el major auge a la fi del segle XVIII i XIX a Alemanya, on un dels més coneguts S. Kneipp va sistematitzar els cinc pilars de la medicina naturista clàssica: la dieta, les plantes medicinals, l'exercici, la hidroteràpia i la teràpia de l'ordre. Avui les principals eines de la Medicina Naturista les englobaríem d'una forma sintètica en:

- 1.- Dietètica: la dieta com eina terapèutica, dietes depuratives, oligoteràpia, suplementes dietètics.
- 2.- Fitoteràpia: productes d'origen vegetal, la seva aportació i limitacions.
- 3.- Hidroteràpia: l'aigua i les seves possibilitats terapèutiques, talassoteràpia.
- 4.- Tècniques psicofísiques: tècniques de relaxació i visualització. Sofrologia.
- 5.- Teràpies manuals: osteopatia, quiropraxia, massatge terapèutic, Reajustament Postural Global (RPG), drenatge limfàtic, reflexologia podal. També inclouríem: homotoxicologia, teràpia neural, Geomedicina (salut en l'hàbitat, estudi de geopaties, contaminacions electromagnètiques), l'estudi de l'enfocament global que aporta la psiconeuroimmunologia, etc. Totes elles eines que poden enriquir la Medicina de Família.

El 20 de maig de 2005 han estat guardonats amb el

III Premi de Millora de la Qualitat en Atenció Primària de l'SCMFIC i l'ACMB

Joan Cabratosa i Pla, Susana Vargas i Vila i Pascual Solanas i Saura

Pel projecte: ***Com fem servir els bolquers a la nostra Regió Sanitària?***

A tots ells els felicitem!

La vida en família: tot queda a casa? Nova organització de l'EAP.

Hi participen: *Antoni Peris, Metge de Família*
Glòria Jodar, Infermera
Pepita Rodríguez, Treballadora social

La lluna en un cove o l'edèn a l'atenció primària

Tots els professionals haurien de:

- Conèixer les competències dels altres.
- Reconèixer el rol autònom de cadascú i entendre les responsabilitats com a compartides.
- Reconèixer l'autonomia dels usuaris i pacients i que ells són els màxims responsables de la seva salut, en oposició al MEU/ "els meus pacients"/ "el meu contingent" haurà de constituir-se el MAU (Moviment per l'Autonomia dels Usuaris).
- Reconèixer la realitat. Ens agradi o no l'evolució social, les empreses de serveis sanitaris i els professionals que hi treballem ens hem d'orientar a les necessitats dels que demanen aquests serveis.

Què implica tot plegat?

- Què no cal duplicar esforços si acceptem les competències i el rol autònom. Que els diferents àmbits d'intervenció poden ser assumits per diferents professionals de manera autònoma.
- Que no s'ha de confondre el sistema d'accés amb el model organitzatiu, supeditant la programació de visites dels professionals a models vells perpetuats pels nous sistemes d'informació.
- Que és precís que els membres d'un EAP coincideixin i consensuin necessitats i demandes, objectius, guies/protocols, tècniques i models avaluatius.
- Que els mateixos membres de l'EAP han de promoure la capacitació i les habilitats (expertice) d'uns i altres.
- Però que no cal coincidir en espais ni horaris.

I, en definitiva...

- Cal adequar permanentment l'oferta de necessitats reals (i la comunitat?).
- Modificar la manera de treballar per reorganitzar-nos contínuament.

PERÒ... ("Sempre hi ha un però" o "A algú hem de donar-li la culpa"). Cal:

- Que les empreses de serveis assumeixin aquests punts.

- Que facilitin aquest objectiu pel que fa a normatives laborals (flexibilitat contractual per adaptar els serveis a les puntes de feina diàries, setmanals o anuals, a les necessitats horàries o temporals), sistemes d'informació (per facilitar tant la retroinformació com els rols autònoms dels professionals) i d'infraestructures (perquè, simplement, el torn de tarda no signifiqui la limitació d'activitat del torn de matí).
- Comprenguin que la mateixa dignitat que els professionals volem donar al nostre servei, la volem rebre de l'empresa.

Què voldrien els professionals d'infermeria?

La competència i el rol infermer estan definits. Ara cal que s'efectuï la distribució de responsabilitats, els àmbits d'intervenció i actuació dirigit als ciutadans.

Cal que es defineixi:

- Longitudinalment (per trams d'edat).
- En proximitat, recordant l'aspecte comunitari de l'Atenció Primària.
- De manera coordinada i continua, compartint atenció amb els altres professionals.
- Amb qualitat humana i tècnica.
- Elaborant un perfil de treball que respongui a les demandes de manera ètica.

I això requereix:

- Una accessibilitat als serveis variada (cita prèvia, espontània, programada, domiciliària).
- Individualitzada per professionals en funció de les necessitats i dels desigs dels usuaris.

Què voldríem els metges?

Ens agradaria treballar de veritat en equip, amb un conjunt de persones que simplement estiguessin a la consulta del costat.

Voldríem que el treball en equip respongués a la millor opció per donar resposta a les necessitats dels usuaris:

- Que si ajudem els adolescents, per exemple, treballéssim de manera integrada infermeria, pedi-

tria, medicina, atenció a la dona i medicina de família.

- Que tots els professionals assumeixin dins de les seves competències i amb capacitat de resolució totes les necessitats de salut (incloses tant les demandes agudes com les cròniques i les preventives).
- Que poguéssim comptar amb consultors (que també podrien ser de pediatria).
- Que el professional de treball social no estès confinat a fer burocràcia i a comptar escales. Que ens aportés els inputs de la població que els sanitaris no sabem detectar.

Voldríem que els EAP demostréssim a la nostra població que la millora que hem assolit en l'atenció va més enllà de l'estructural.

Voldríem que apliquéssim les guies (crònics, nen sa) de manera racional i donant autonomia i participació al pacient en lloc de fer-lo dependent.

Voldríem que l'administració i les empreses de serveis sanitaris s'adonessin que cal:

- Disminuir o eliminar la càrrega burocràtica (realment ningú no ha comptat el cost del circuit complet de les RECEPTES en diners i en temps?).
- Que se'ns dotés de sistemes informàtics intel·ligents, àgils i adaptables.
- Que els EAP disposessin d'autonomia per adaptar-se a les necessitats de la població de manera àgil.

Què voldríem els treballadors socials

- Que es contés amb els treballadors socials, com a un membre més de l'equip, capaç de transmetre una informació complementària i valuosa des de la seva valoració social de l'usuari i la comunitat a la qual pertany.
- Que es trenqués el binomi: T. social igual a recurs, o T. social igual a burocràcia, de la mateixa manera que Medicina no és igual a recepta, (encara que se'n facin moltes!).
- Que es dotés al grup de Treballadors socials d'una estructura organitzativa superior on poder establir estratègies comunes del treball social a l'atenció primària de salut.
- Que els programes informàtics s'adaptessin a la cartera de serveis d'aquest col·lectiu, i permetessin quantificar de manera "real" l'activitat d'aquest professional.

- Que es considerés la idiosincràsia del Treball Social en l'Atenció primària de Salut, diferenciada de la del Treball Social en l'Atenció Primària de Serveis Socials.
- Que els equips fossin receptius a entendre la funció del treball social i que els treballadors socials ens sabéssim expressar amb claredat.
- Que es valorés la capacitat del Treball Social per incidir en la comunitat i que cada cop hi haguessin més experiències en aquest sentit.
- Que es reforcessin les iniciatives d'atenció grupal com un element preventiu i creatiu en la pràctica diària de l'Atenció Primària de Salut, on el treballador social hi té una clara funció.

Què volen els pediatres?

- Seguir oferint als nens i les famílies una atenció qualificada a l'atenció primària. Participant activament en la cura dels nens des de la concepció fins a l'adolescència tardana. Seguir fent les preventives mínimes i necessàries, atendre al nen malalt agut i crònic.
- No estar tan sols. Necessitem la col·laboració d'altres professionals de l'equip (Infermeres formades, metges de família, ginecòlegs, llevadores, treballador social, psicòlegs, subespecialistes pediàtrics).
- Cal un equip flexible i autònom que permeti adaptació a cada lloc i època de l'any (per exemple, reforçar l'assistència en època d'epidèmia).
- Tenir accés a recursos que facilitin diagnòstics ràpids i acurats, que es necessiten a pediatria. (Pediatria d'alta resolució).
- No perdre el contacte amb l'hospital de referència (Hospital permeable- Centre de salut permeable).
- Obrir espais multidisciplinars d'atenció als joves (consultes joves, pàgines web de consulta).
- Que des de tots els àmbits de la salut es promogués una atenció centrada en les famílies, que promogués un estil d'autocura que anés més enllà dels sanitaris.
- Mantenir i ampliar el nivell de formació pediàtrica.
- Realitzar tasques docents, comunitàries i de recerca.
- Planificació des de dalt per definir millor l'atenció que es vol donar als nens i adolescents i formar els recursos humans necessaris.
- Rebutgem els canvis fets de forma impulsiva que poden deixar buits considerables en l'assistència dels nens i adolescents.

GPC Cribatge del càncer de còlon.

Moderador: *Juanjo Mascort*

Prevenió del càncer colorectal

Mercè Marzo

Centre Cochrane Iberoamericano

El càncer colorectal (CCR) és una de les neoplàsies més freqüents en el nostre mitjà. S'estima que, a l'any 2000, a Espanya es van produir al voltant de 19.000 casos de CCR, xifra que segueix marcant una tendència a l'augment, i 11.000 defuncions. Igual que en la majoria de països desenvolupats, la seva d'incidència i mortalitat se situen en el segon lloc d'entre tots els càncers, tant en els homes com en les dones. La incidència de CCR augmenta de manera important amb l'edat, sobretot a partir dels 50 anys.

La supervivència del CCR és del 49,5% per al càncer de còlon i del 43% per al de recte i, d'acord amb els estadiatsges I, II, III i IV de la classificació TNM, la supervivència als 5 anys és respectivament del 95 al 100%, del 70 al 85%, del 50 al 70% i del 5 al 15%.

La majoria de CCR són esporàdics, mentre que un petit percentatge correspon a formes hereditàries: la Poliposi Adenomatosa Familiar (1%) o el CCR no associat a poliposi (2-5%).

La lesió precursora de la majoria dels CCR és l'adenoma, i l'evidència científica disponible indica que algunes intervencions de prevenció primària poden incidir en les diverses etapes del seu desenvolupament. A continuació es presenten alguns dels aspectes de la prevenció primària del CCR que han estat més debatuts:

- 1.1 *Existeix alguna dieta, aliment o nutrient que previngui el desenvolupament del CCR?* Tot i la constatació des de fa ja dècades del paper de la dieta en el CCR, la resposta no és clara. L'evidència disponible ens porta a recomanar un consum moderat de carn vermella, carn processada i carn cuinada molt feta o cuinada amb contacte directe amb el foc. Així mateix, una dieta rica en llet i altres productes làctics podria estar justificada en la prevenció d'aquest càncer. Quant a la dieta rica en fibra, vegetals i fruita, les dades actuals són inconsistentes, i per això és difícil fer una recomanació en contra. Per altra banda, l'administració de suplementes de folat, calci i vitamina D no han mostrat entre la població general sana cap efecte protector.
- 1.2 *L'administració d'antioxidants, disminueix el risc de CCR?* En els darrers anys, els antioxidants en la

prevenció primària del CCR han despertat molt d'interès. No obstant això, cap d'ells (betacarotens, seleni, vitamines A, B, C o E) no han demostrat entre la població general sana un efecte protector.

- 1.3 *Quins hàbits i/o estils de vida s'associen a un increment del risc de CCR?* Els estils de vida són factors que s'han vist implicats en la prevenció del CCR. Per prevenir el CCR està indicat l'exercici físic, evitar el sobrepès i l'obesitat, i evitar el consum de tabac i d'alcohol.
- 1.4 *Existeixen fàrmacs que redueixin el risc de CCR (quimioprevenció)?* Els fàrmacs tipus ASA i AINES redueixen el risc de CCR. Així mateix, el tractament hormonal també ha demostrat reducció del risc. Això no obstant, l'ús d'aquests fàrmacs no està recomanat per a la prevenció del CCR en la població general sana.

A més de comptar amb el benefici de la prevenció primària, el CCR també és susceptible de prevenció secundària (cribatge). A continuació es presenten diversos aspectes sobre el cribatge del CCR:

- 2.1 *És eficaç el cribatge del CCR en els individus de risc mig (edat \geq 50 any sense altres factors de risc)?* S'han estudiat diverses proves de cribatge de CCR:

Sang oculta en femta (SOF). Estudis de casos i controls (CC) i assaigs clínics aleatoris (ECA) han mostrat que la SOF anual o biennal redueix la mortalitat per CCR. Quan la SOF s'aplica cada any, la sensibilitat de la prova augmenta. També augmenta quan es rehidraten les mostres, però actualment la rehidratació no es recomana, ja que pot comportar un increment de colonoscòpies. La SOF és desegradable i no gaire acceptada per la població.

Sigmoidoscòpia. Permet examinar fins a 60 cm. del marge anal. Els estudis de CC han mostrat que la sigmoidoscòpia redueix la mortalitat per CCR. Actualment s'està realitzant a Europa un ECA per avaluar l'eficàcia d'una sola sigmoidoscòpia a llarg de la vida. Segons els resultats disponibles, aquesta és una prova acceptada per la població, factible i segura, que detecta un nombre elevat de neoplàsies i que només cal fer un 5% de colonoscòpies. Als EEUU s'està efectuant un ECA per veure l'efecte de la sigmoidoscòpia a intervals de 5 anys en pacients als quals se'ls realitza cribatge amb SOF.

Colonoscòpia. Aquesta prova permet examinar tot el còlon i habitualment es realitza amb sedació superficial o profunda. Un estudi CC ha mostrat que la colonoscòpia redueix la mortalitat per CCR. També els models matemàtics estimen que aquesta prova a intervals de 10 anys redueix la incidència i mortalitat del CCR. Actualment no es disposa d'ECA que avalui la seva eficàcia. Comparada amb les altres proves, la colonoscòpia té més risc (perforacions, hemorràgia, infeccions i riscos associats a l'edat).

- 2.2 *Quin és el mètode de cribratge més efectiu i cost-efectiu?* Els diferents estudis constaten que fer cribratge del CCR és cost-efectiu en relació a no fer res, però no s'ha pogut establir quina és l'estratègia més cost-efectiva. Tot i això, podem concloure que la SOF, encara que no sigui la prova ideal, és la que ha demostrat eficàcia a partir d'ECA, presenta una bona relació cost-efectivitat i és més factible quant a recursos. Per altra banda, la colonoscòpia és la prova més sensible i específica, però també la que s'associa a un major nombre de complicacions i la que requereix més recursos (personal i instal·lacions). La sigmoidoscòpia és més efectiva que la SOF, i més segura que la colonoscòpia, donat que la preparació del pacient és més fàcil i no requereix sedació, però també comporta la necessitat de molts recursos.
- 2.3 *Hem de realitzar cribratge del CCR en els individus de risc mig en el nostre medi?* El cribratge del CCR s'hauria d'oferir a totes les persones sense factors de risc a partir dels 50 anys d'edat. L'elecció del test més adequat (SOF anual o biennal, sigmoidoscòpia cada 5 anys o colonoscòpia cada 10 anys) depèn, entre d'altres, de l'acceptabilitat de la prova i dels recursos disponibles en cada entorn.
- 2.4 *Aquest cribratge del CCR, s'ha de realitzar a través de programes poblacionals?* L'aplicació d'un programa d'àmbit poblacional sempre proporciona millors resultats que una estratègia de cribratge individual (case finding). Això no obstant, un programa de cribratge poblacional és una actuació de salut pública i, per tant, ha d'estar prioritzada com a objectiu sanitari en els plans de salut. Un cribratge poblacional serà beneficiós si s'aplica de manera sistemàtica, inclou a tota la població diana i és de qualitat. Actualment, les directrius del Consell de la Unió Europea i la proposta del Plan Integral del Càncer, recomanen el cribratge poblacional del CCR amb SOF en homes i dones de 50 a 74 anys. Abans d'implantar un programa, no obstant, caldrà avaluar la seva acceptabilitat, efectivitat i cost-efectivitat en el nostre àmbit.

Cribratge del càncer colorectal en població de risc elevat

Antoni Castells

Servei de Gastroenterologia. Hospital Clínic. Barcelona.
castells@clinic.ub.es

Per a la valoració del risc d'un individu en relació amb el desenvolupament de càncer colorectal (CCR) és fonamental l'avaluació dels antecedents personals i/o familiars. Per a això, ha de realitzar-se una correcta història clínica que reculli els antecedents de CCR o adenomes colorectals en el mateix individu i en familiars de primer (pares, germans i fills), segon (avis, oncles i nebots) i tercer (besavis i cosins) grau.

Els individus amb factors de risc personal i/o familiar per al desenvolupament de CCR es consideren de risc elevat i són tributaris de programes de cribratge o vigilància específics.

Poliposi adenomatosa familiar

La poliposi adenomatosa familiar (PAF) és una malaltia hereditària autosòmica dominant causada per mutacions germinals en el gen APC (adenomatous polyposis coli). La seva incidència és d'1 cas per 10.000-20.000 habitants. Es caracteritza per la presència de múltiples pòlips adenomatosos (més de 100) distribuïts al llarg de tot l'intestí gros. El desenvolupament de pòlips acostuma a iniciar-se a partir de la pubertat, encara que habitualment no ocasiona simptomatologia fins als 30-35 anys d'edat.

La PAF té un alt potencial de malignitat, de manera que si no s'efectua el tractament quirúrgic, la pràctica totalitat de pacients desenvoluparà un CCR abans dels 50 anys d'edat. A més, aquests pacients també presenten un risc augmentat de neoplàsies extracolòniques.

El diagnòstic clínic de PAF pot efectuar-se quan un individu té més de 100 adenomes colorectals o quan un individu té múltiples adenomes i és familiar de primer grau d'un pacient diagnosticat de PAF. La presència de manifestacions extracolòniques reforça la sospita diagnòstica.

La presència de mutacions germinals en el gen APC ha permès el diagnòstic molecular de la malaltia i, conseqüentment, la seva aplicació en el cribratge d'aquesta. L'anàlisi genètica d'APC permet el diagnòstic pre-sintomàtic dels familiars en risc. Aquesta anàlisi afavoreix la racionalització del cribratge familiar, de manera que el seguiment endoscòpic pot centrar-se únicament en aquells membres portadors de mutacions.

Als familiars en risc (individus portadors de mutacions i aquells pertanyents a famílies amb PAF en les quals no ha estat possible identificar la mutació causal) hauria d'oferir-se una endoscòpia anual des dels 13-15 anys fins als 30-35 anys, i posteriorment a intervals de 5 anys fins als 50-60 anys. A causa del fet que els adenomes apareixen difusament en tot el còlon, la realització d'una sigmoidoscòpia és suficient per establir si un individu expressa la malaltia.

Càncer colorectal hereditari no associat a poliposi

El càncer colorectal hereditari no associat a poliposi (CCHNP) és una malaltia hereditària amb patró autosòmic dominant deguda a mutacions germinals en gens reparadores de l'ADN. Més del 90% de les famílies amb CCHNP genèticament caracteritzat es deuen a mutacions en els gens MSH2 (38%) i MLH1 (59%). A pesar de tractar-se de la forma de CCR hereditari més freqüent, únicament representa entre el 0,9% i el 2% del total de casos de CCR.

El CCHNP es caracteritza pel desenvolupament precoç de CCR, habitualment abans dels 50 anys d'edat, amb un predomini en el colon dret i una elevada tendència a presentar neoplàsies sincròniques o metacròniques, ja sigui en el mateix colon i recte o en altres òrgans (endometri, estómac, pàncrees, sistema urinari, ovari, vies biliars, intestí prim).

El diagnòstic clínic de CCHNP s'estableix a partir de la història familiar i es basa en els criteris d'Amsterdam: 3 o més familiars afectats d'una neoplàsia associada al CCHNP (CCR, càncer d'endometri, intestí prim, urèter o pelvis renal), un d'ells familiar de primer grau dels altres dos; 2 o més generacions successives afectades; i un o més familiars afectats de CCR diagnosticat abans dels 50 anys d'edat.

La presència de mutacions germinals en els gens reparadores de l'ADN ha permès el diagnòstic molecular del CCHNP i, conseqüentment, la seva aplicació en el seu cribratge. L'anàlisi genètica dels gens reparadores de l'ADN permet el diagnòstic presimptomàtic dels familiars en risc. Aquesta anàlisi permet la racionalització del cribratge familiar, de manera que el seguiment endoscòpic pot centrar-se únicament en aquells membres portadors de mutacions. Per això, l'anàlisi genètica ha d'oferir-se als familiars de primer grau (pares, germans i fills) d'individus portadors d'una mutació germinal en alguns d'aquests gens.

El cribratge endoscòpic ha d'oferir-se als individus en risc de CCHNP (portadors de mutacions en els gens responsables i aquells pertanyents a famílies que compleixen els criteris clínics en les quals no s'ha identificat la

mutació causal) i contempla la realització d'una colonoscòpia cada 1-2 anys a partir dels 20-25 anys d'edat o 10 anys abans de l'edat de diagnòstic del familiar afectat més jove (el primer que ocorre).

Càncer colorectal familiar

Els pacients amb CCR sovint presenten antecedents familiars d'aquesta neoplàsia, habitualment sense arribar a complir els criteris de les formes hereditàries de CCR (PAF i CCHNP). L'edat de diagnòstic del CCR, el nombre de familiars afectats i el grau de parentiu són les principals variables associades al risc de CCR en els diferents estudis.

Els individus amb dos o més familiars de primer grau (pares, germans i fills) amb una neoplàsia colorectal són tributaris de cribratge mitjançant colonoscòpia cada 5 anys a partir dels 40 anys d'edat (o 10 anys abans de l'edat de diagnòstic del familiar afectat més jove, el primer que ocorre). Quan existeix únicament un familiar de primer grau afectat de neoplàsia colorectal, el risc està condicionat per l'edat al diagnòstic. Quan aquest es va efectuar abans dels 60 anys d'edat, el cribratge aconsellat és idèntic a l'esmentat anteriorment. Per contra, quan el diagnòstic es va efectuar a una edat igual o superior als 60 anys, el cribratge recomanat és el mateix que el proposat per a la població de risc mitjà però iniciant-lo als 40 anys d'edat.

Quan els antecedents de neoplàsia colorectal es troben limitats a familiars de segon grau (avis, oncles i nebots), el cribratge recomanat dependrà exclusivament del nombre de familiars afectats. En els individus amb dos o més familiars afectats, el cribratge recomanat és el mateix que el proposat per a la població de risc mitjà però iniciant-lo als 40 anys d'edat. Quan existeix únicament un familiar de segon grau afectat, el cribratge recomanat és idèntic al proposat per a la població de risc mitjà.

Finalment, quan els antecedents de neoplàsia colorectal es troben limitats a familiars de tercer grau (besavis i cosins), el cribratge recomanat és idèntic al proposat per a la població de risc mitjà.

Medicines complementàries, per a qui, per què?

Moderadora: *Carmen Cabezas*

Hi participen: *Josep M^a Comelles*, Antropòleg
Josep Lluís Ballvé, Metge de Família
Manel Mateu, Metge internista i homeòpata

Per a qui i per a què l'acupuntura?

Isabel Giral i Sampedro.

Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la UB. Presidenta de la Secció de Metges Acupuntors del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB). Membre de la Comissió Docent del Màster en Acupuntura de les Heures-Fundació Bosch i Gimpera-Universitat de Barcelona.

Ishar Dalmau i Santamaria.

Llicenciat en Medicina i Cirurgia, Màster en Neurociències i Doctor en Medicina per la UAB. Postgrau en Acupuntura de les Heures-Fundació Bosch i Gimpera-Universitat de Barcelona. Vocal de la Secció de Metges Acupuntors del COMB i secretari de la Societat Científica d'Acupuntura de Catalunya i de Balears (ACMCB).

El desconeixement a nivell d'atenció primària de *per a qui i per a què* pot ser útil l'acupuntura, ha portat en moltes ocasions que els usuaris de la sanitat pública acudeixin per decisió pròpia i, generalment, no contrastada per un facultatiu, a la consulta privada d'un acupuntor, sovint no metge, sense saber si l'acupuntura pot estar indicada o no per al seu cas.

El pacient és tractat, doncs, amb acupuntura, en moltes ocasions sense informar posteriorment al metge de capçalera per por de no saber ben bé què li diran, i aquest fet fa que el mateix metge no tingui constància d'una activitat terapèutica que el pacient està rebent, i que sense cap dubte estar influïnt directament sobre la seva salut.

Atenent a aquesta realitat i reconeixent que cada cop és més freqüent, la Secció de Metges Acupuntors del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona creu indispensable que a les facultats de medicina s'imparteixi una assignatura sobre medicines no convencionals i que s'expliqui quines són les que tenen més eficàcia terapèutica; quins són els usuaris de la sanitat que poden beneficiar-se'n; en quins casos estan indicades; quina evidència de resultats hi ha a través de l'ajuda dels estudis clínics i de recerca bàsica; i quins són els professionals que les han de practicar.

Actualment i des del Centre d'Estudis Col·legial (CEC) del Col·legi de Metges de Barcelona s'està treballant en aquesta línia amb l'organització de cursos d'introducció a l'acupuntura¹, homeopatia i naturopatia. També creiem que aquesta mateixa informació s'ha de poder donar als metges que estan exercint la medicina als centres d'atenció primària, els quals es veuen implicats indirectament per als seus pacients en activitats terapèutiques que no coneixen i que, per tant, no poden avaluar de forma correcta.

Però les preguntes del nostre debat d'avui no han de ser només *Per a qui?* i *Per a què?*, hi ha també dues pre-

güentes enquadrades en el camp de les medicines no convencionals que s'han de respondre de forma urgent i que són: *Per Qui?* i *Com?*

Per a qui?

L'acupuntura es pot practicar en gairebé tot tipus de pacients, ja sigui de forma complementària o com a indicació principal.

En alguns pacients que segueixen tractament amb anticoagulants, l'acupuntor ha de vigilar les possibles hemorràgies després de les puncions, encara que les agulles d'acupuntura són tant fines que no acostumem a donar problemes en aquest sentit.

També cal vigilar els pacients amb pròtesis valvulars, on se seguiran estrictament les mesures d'esterilitat protocolaritzades, i no s'utilitzarà l'estimulació elèctrica en aquells pacients que portin marcapàs.

També es pot practicar en nens, utilitzant agulles molt fines o bé fent massatge en els punts d'acupuntura, que poden ensenyar-se als pares perquè la utilitzin de forma domiciliària. El nen com més petits, més sensibles són a aquest tipus d'estímul².

El seu ús pot ser també molt indicat en dones embarassades i per a certes patologies funcionals del mateix procés com les nàusees i els vòmits o bé en el cas de les lumbàlgies o ciatàlgies.

Per a què?

Les indicacions de l'acupuntura són molt àmplies. L'acupuntura és una tècnica basada en la medicina tradicional xinesa i és una "medicina general" que estudia el cos en tots els seus aspectes d'una forma conjunta i integrada. El seu llenguatge és, doncs, el d'una medicina tradicional, i per això ens pot sonar com a una medicina que utilitza un llenguatge medieval³. Tanmateix, alguns col·lectius mèdics, especialment americans i anglesos, estan practicant una acupuntura únicament a través de l'ús del mètode i terminologia científica, i que es coneix amb el nom d'acupuntura contemporània^{4, 5}.

Sovint, el tractament de patologies diferents que afecten el mateix pacient es considera que és un aspecte del mateix quadre sindròmic i la punció d'una fórmula de punts d'acupuntura pot arribar a tractar desequilibris tant diversos per a la visió de la medicina convencional com poden ser una síndrome de Menière i una dispepsia digestiva.

Els mecanismes d'acció biològica s'han començat a entendre des de fa uns 50 anys, especialment per el seu

efecte sobre l'alliberació d'endorfines endògenes i la inhibició d'aquest efecte amb l'aplicació de naloxona.⁶⁻⁸. Té especial interès l'efecte demostrat de l'acupuntura en el tractament del dolor, i que s'explicaria per l'acció d' aquesta tècnica a través del mecanisme del "Gate Control System"⁹⁻¹⁰.

L'acupuntura és un sistema mèdic que pot arribar a ser molt efectiu i que pot afectar tots els aparells i sistemes del cos humà però també dels animals¹¹.

Actualment, s'accepta que la inserció d'una agulla d'acupuntura desencadena un procés inflamatori menor que condueix a l'alliberació de substàncies algògenes com la bradiginina, la serotonina i la histamina que estimulen les fibres A-delta. Aquestes fibres entren al sistema nerviós central per la banya dorsal de la medulla espinal mitjançant la inhibició segmentària del senyal dolorós de les fibres mielíniques C a través de l'alliberació d'encefalines¹²⁻¹³.

L'acupuntura estimula l'alliberació de pèptids com beta-endorfines, dinorfines, substància P, noradrenalina i serotonina. També s'ha demostrat un increment de cortisol que ajudaria en els efectes antiinflamatoris, així com la seva acció sobre el sistema nerviós vegetatiu i, per tant, actuant sobre l'automatisme dels òrgans interns¹².

Entre els pacients, hi ha alguns grans "responedors" a aquest tractament. En aquests pacients la resposta és intensa i ràpida. D'altres pacients responen amb menor intensitat. No hi ha estudis suficients per explicar de què depèn aquesta variabilitat en la resposta.

En alguns tipus de patologies podria ser el tractament d'elecció per la seva efectivitat i el seu baix grau de iatrogènia. En altres, s'utilitza de forma complementària a la medicina convencional, per la qual cosa podem obtenir majors efectes sense augmentar la iatrogènia medicamentosa dels pacients.

Per especialitats, i segons un document del desembre del 1979 de l'Organització Mundial de la Salut, l'acupuntura pot ser útil per tractar diversos tipus de patologies:

- Malalties respiratòries.
Sinusitis aguda i crònica. Rinitis aguda i crònica. Refredats de repetició. Amigdalitis de repetició. Bronquitis aguda i crònica. Asma bronquial.
- Malalties gastrointestinals.
Sanglot persistent, gastritis, ulcus gastroduodenal, colitis aguda i crònica, diarrea, estrenyiment, colon irritable.
- Malalties neurològiques.
Migranya i cefalea, neuràlgia del trigemin, seqüeles d'accident vasculocerebral, síndrome de Menière, paràlisi facial.
- Reumatologia.
Epicondilitis, periartritis escapulohumeral, lumbàlgia, ciatàlgia, com a complement en l'artritis reumatoide.
- Desordres psicossomàtics.
Insomni, fatiga de causa desconeguda, estrès.
- Malalties de la pell.
Èczema, psoriasis i herpes zòster.

En els darrers temps, però, els avenços en recerca clínica i acupuntura han portat a aclarir en quines patologies hi ha més evidència. La individualització que els acupuntors fem de cada pacient i la falta d'un placebo adequat fa que quedi encara molta feina per fer.

A l'any 1997 el NIH/OAM Consensus Panel en acupuntura¹⁵ dels Estats Units va presentar un informe sobre acupuntura en el qual explica que hi ha clares evidències de la seva eficàcia en el tractament de les nàusees i vòmits en el postoperatori i en la quimioteràpia, també en les nàusees durant l'embaràs i el dolor postquirúrgic dental. L'estudi també conclou que l'acupuntura pot ser beneficiosa com a tractament coadjuvant en un nombre determinat de dolors, en la rehabilitació després d'un accident vascular cerebral, mals de cap, dismenorrea, epicondilitis, fibromiàlgia, lumbàlgies, síndrome del túnel carpí i asma.

Hi ha estudis en revistes científiques de prestigi d'arreu del món que demostren l'eficàcia de l'acupuntura en diverses patologies:

- Dolor. L'evidència més clara que l'acupuntura és útil per tractar el dolor és el seu ús en analgèsia quirúrgica. El terme correcte per parlar de l'efecte de l'acupuntura en aquesta situació és el de "suport anestèsic". Es demostra que l'estimulació de certs punts d'acupuntura durant 30 minuts abans de la intervenció redueix la necessitat de fàrmacs en un 50 %¹⁶. Altres investigacions han demostrat també l'efecte de l'acupuntura en el dolor lumbar, artritis, migranya i altres patologies doloroses¹⁷⁻¹⁹. Darrerament han aparegut dos estudis molt importants signats per Vickers i col.laboradors^{20, 21} en els quals es demostra que l'acupuntura és útil per al tractament de les migranyes, i en recomana la inclusió en els serveis de salut. També presenta un estudi positiu entre cost del tractament i l'augment de la qualitat de vida dels pacients migranyosos.
- Postoperatori. Turner i col.laboradors²² fan una revisió dels estudis sobre nàusea postoperatòria i nàusees secundàries al tractament quimioteràpic conclouent que entre un 60 i un 70% dels pacients en aquest context es beneficien de l'acupuntura.
- Gastroenterologia. Diversos estudis demostren que l'acupuntura té efectes sobre la motilitat intestinal^{23,24}. D'altra banda, Tougas i col.laboradors²⁵, després de realitzar sis estudis randomitzats, demostren que el punt 36 d'Estómac, situat per sota del genoll, disminueix la secreció gàstrica.
- Reumatologia. Hi ha estudis que recomanen l'ús de l'acupuntura per a certes patologies reumatològiques. Cal destacar, l'osteoartritis de genoll²⁶ i la fibromiàlgia²⁷, que millora no només el dolor muscular sinó també els símptomes generals com l'insomni, l'ansietat i la fatiga.
- Cardiologia. Hi ha evidència científica per concloure que l'acupuntura té un efecte beneficiós en situacions d'isquèmia de miocardi ja que provoca un descens de la demanda d'oxigen²⁸.
- Dermatologia. L'acupuntura sembla tenir un paper important en els problemes dermatològics especialment en les dermatitis, tant pels seus efectes locals com pels generals. La seva resposta positiva es deu a la millora del prurigen, sobretot si s'utilitza elec-

troacupuntura^{29,30}, a més té efectes sistèmics, com la reducció de la ansietat.

- Psiquiatria. L'acupuntura es considerada molt efectiva per ajudar a tractar problemes de salut mental a causa de la seva acció directa sobre els neurotransmissors. En aquesta línia, Han i col.laboradors³¹ van demostrar en animals de laboratori la disminució de la funció de les monoamines en estats depressius i l'acceleració de la síntesi d'aquests neurotransmissors amb l'estimulació elèctrica en determinats punts d'acupuntura. En un estudi més clínic, Tao i col.laboradors³² van mesurar les escales d'ansietat i de depressió a 68 pacients abans i després d'un mes de tractament amb acupuntura, i van observar que els paràmetres d'ansietat es normalitzaven en 42 de 60 casos, i els de depressió en 45 de 50 casos.

Qui i com?

Queden, doncs, aquestes dues preguntes bàsiques que ens hem de fer si volem seguir endavant en l'estudi de les medicines no convencionals i si hi volem trobar un ús mèdic i lògic en el nostre sistema sanitari.

Qui ha d'exercir l'acupuntura i com?

La Secció de Metges Acupuntors del Col·legi de Metges de Barcelona creu que l'acupuntura en mans de qui no té prou coneixements de medicina científica pot derivar en problemes no només per la puntura incorrecta, sinó també per allò que deixem de fer i que només un metge amb formació en medicina convencional sap que és prioritari³³.

Per això creiem que la pràctica de l'acupuntura l'ha de dur a terme un metge amb coneixements profunds d'aquesta tècnica, en aquest sentit, i a l'espera que es defineixi l'especialització en acupuntura, hem creat, conjuntament amb l'OMC el Diploma d'Accreditació en Acupuntura³⁴ atorgat pel Col·legi Oficial de Metges i dins del nou marc que l'article 38 de la LOPS ens brinda.

Aquest ha de ser el camí per a la inclusió d'aquesta tècnica en el sistema mèdic convencional amb la finalitat prioritària que els pacients puguin veure-se'n beneficiats de forma acurada dins del marc d'una medicina única i lluny dels problemes relacionats amb pràctiques terapèutiques mal aplicades i sense cap norma establerta de control sobre els qui l'apliquen i sobre com s'apliquen.

Referències

1. Crèdits de lliure elecció del Centre d'Estudis Col·legials. Curs Introducció a l'Acupuntura 2003-2004.
2. <http://www.childrenshospital.org/>
3. Maciocia G. The foundations of chinese medicine. Churchill Livingstone 1989.
4. American Academy of Medical Acupuncture <http://www.medical-acupuncture.org/>
5. British Medical Acupuncture Society <http://www.medical-acupuncture.co.uk/>
6. Pert CB, Snyder SH. Opiate receptor: demonstration in nervous system. *Brain Res* 1973; 179:1011-1013.
7. Hughes J. Search for the endogenous ligand of the opiate receptor. *Neurosci Res Prog Bull* 1975; 13:55-58.
8. Pomeranz B, Chiu D. Naloxone blocks acupuncture analgesia and

- causes hyperalgesia: endorphin is implicated. *Life Sci* 1976; 19:1757-1762.
9. Mayer DJ, Price DD, Raffii A. Antagonism of acupuncture analgesia in man by narcotic antagonist naloxone. *Brain Res* 1977; 121:368-372.
10. MacDonald A. Acupuncture analgesia and therapy. Part 2. *Acupunct Med* 1990; 8:44-49.
11. International Veterinary Acupuncture Society <http://www.ivas.org/flash.cfm>
12. Smith FW Jr. Neurophysiologic basis of acupuncture. *Probl Vet Med* 1992; 4:34-52.
13. Bowsher D. Mechanisms of acupuncture. A: Filshie J, White A, eds. *Medical Acupuncture*. Edinburgh, Scotland:Churchill Livingstone 1998; 69-80.
14. White AR, Filshie J, Cummings TM. Clinical Trials of Acupuncture. Consensus recommendations for optimal treatment -Sham controls and Blindings-. International Acupuncture Research Forum. *Complement Ther Med* 2001; 9:237-245.
15. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Acupuncture. Nov 2-5, 1997. Revised Draft 11/05/97. National Institutes of Health.
16. Han JS. The future of acupuncture anesthesia. From Acupuncture anesthesia to acupuncture-assisted anesthesia. *Chin J Pain Med* 1995; 2:1-5.
17. Ng L, Katims J, Lee M. Acupuncture: a neuromodulation technique for pain control. Evaluation and treatment of chronic pain. Aronoff G (Ed). Baltimore: Williams & Wilkins, 2nd Ed, 1992 pp 291-298.
18. Thomas M, Lundeberg T. Importance of modes of acupuncture in the treatment of Nociceptive low back pain. *Acta Anaesthesiol Scand* 1994; 38:53-59.
19. Anderson S A, Hansson G, Holmgren E. Evaluation of the pain suppressive effect of different frequencies of peripheral electrical stimulation in different pain conditions. *Acta Orthop Scand* 1976; 47:149-159.
20. Andrew J Vickers, Rebecca W Rees, Catherine E Zollman, Rob McCarney, Claire Smith, Nadia Ellis, Peter Fisher,Robbert Van Haselen. Acupuncture for chronic headache in primary care: large, pragmatic, randomised trial. *BMJ* 2004; 328:744.
21. David Wonderling, Andrew J Vickers, Richard Grieve, Rob McCarney. Cost effectiveness analysis of a randomised trial of acupuncture for chronic headache in primary care. *BMJ* 2004; 328:747.
22. Turner P. Experimental studies on the antiemetic effects of acupuncture and its non-invasive alternative techniques. *Complement Ther Med* 1993; 1:88-91.
23. Yuan CX, Zhu J, Zhing L xe. Gastroscopic observation of the effect of acupuncture on gastric motility. *J Chin Tradit Med* 1985; 3:33-44.
24. Iwa M, Sakita M. Effects of acupuncture and moxibustion on intestinal motility in mice. *Am J Chin Med* 1994; 22:119-125.
25. Tougas G, Yuan L T, Radamaker J W, Chiverton S G, Hunt RH. Effect on acupuncture on gastric acid-secretion in healthy male volunteers. *Digestive Disease and Sciences* 1992; 37:1576-1582.
26. Berman BM, Singh BB, Lao L, Langenberg P, Li H, Hadhazy V, Baretta J, Hochberg M. A randomized trial of acupuncture as an adjunctive therapy in osteoarthritis of the knee. *Rheumatology (Oxford)* 1999; 38:346-354.
27. Deluze C, Bosia L, Zirbs A, Chantraine A, Vischer TL. Electroacupuncture in fibromyalgia: results of a controlled trial. *BMJ* 1992; 305:1249-1252.
28. Peng L, Pitsillides KF, Rendig SV, Pan H-L, Longhurst JC. Reversal of reflex-induced myocardial ischemia by median nerve stimulation: a feline model of electroacupuncture. *Circulation* 1998; 97:1186-1194.
29. Liu J. Treatment of 86 cases of local neurodermatitis by electro-acupuncture (with needles inserted around diseased areas). *J Chin Tradit Med* 1987; 7:67.
30. Huang W, Guo Z, Yu J, Hu X 56 cases of chronic pruritus vulvae treated with acupuncture. *J Chin Tradit Med*, 1987; 7:1-3.
31. Han J S. Electroacupuncture: an alternative to antidepressants for treating affective disease *Int J Neurosci* 29: 79-92.
32. Tao D J. Research on the reduction of anxiety and depression with acupuncture. *Amec J Acupunct* 1993; 21:327-330.
33. Conclusions del I Congrés Internacional d' Acupuntura de Barcelona. Servei d' Informació Col·legial del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona; núm.107, maig-juliol 2003: 17-18.
34. Diario Médico.com -5 de mayo del 2004- "El Colegio de Médicos de Barcelona acreditará al médico acupuntor " por Carmen Fernández.

Les noves malalties.

Moderadora: *M^a José Sánchez*

*Hi participen: Lourdes Mateo, Reumatòloga
Joan Corbera, Metge de Família
José Miguel Baena, Metge de Família,
Grup Gent Gran de l'SCMFIC
M. Jesús Cornellana Puigarnau,
Ginecòloga. Institut Municipal d'Assistència
Sanitària (IMAS). SASSIR Sant Martí*

L'atenció a la salut de la dona en les diferents etapes de la seva vida és una de les necessitats que preocupa en tots els països als sistemes de salut, però les necessitats en salut no sempre són les mateixes. Hi influeix la situació socioeconòmica, les formes de vida i els avenços científics i tecnològics. Des de la ginecologia, hi ha un aspecte que en els darrers temps ha fet que ens preocupéssim d'una manera particular de la dona menopàusica: l'augment de l'esperança de vida que en el cas concret de la dona arriba als 83 anys. Això es tradueix en un envelliment progressiu de la població femenina, per això, la prevenció serà fonamental per gaudir d'una bona qualitat de vida.

Però, es la menopausa una malaltia?

La definició de malaltia segons el Diccionari de la Llengua Catalana és "la perturbació de l'estat de salut", i l'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix la salut com "un estat de complet benestar físic, mental i social i no només l'absència de malaltia o dolença".

La menopausa és un procés fisiològic normal en la dona, que implica la desaparició de les menstruacions i que s'inicia amb la pèrdua progressiva de la funció ovàrica, però en molts casos hi ha una clara alteració de la salut.

El dèficit estrogènic a la menopausa comporta en moltes dones una simptomatologia que pot alterar la seva qualitat de vida. A curt termini manifesten fogots, suors nocturns, canvis d'humor i sequedat vaginal. A mig termini osteopenia, infeccions urinàries de repetició, incontinença urinària; i a llarg termini pot presentar osteoporosi, patologia cardiovascular, i d'altres patologies menys estudiades: demències, Alzheimer, etc.

Aquesta clínica climatèrica altera la qualitat de vida de la dona, i implica de vegades canvis en l'entorn familiar, laboral i social per la qual cosa en molts casos suposa un problema de salut que al metge li correspon orientar i tractar adequadament. Hi ha diverses escales de mesurament de la qualitat de vida, però des de fa un temps disposem d'una escala dissenyada per un grup d'experts espanyols per conèixer la qualitat de vida de la dona espanyola, és l'Escala Cervantes, eina que pot ser de gran ajuda.

Medicalitzem la vida de la dona ?

Fa unes dècades la dona només anava al metge quan patia alguna malaltia, també és cert que la mortalitat era molt més elevada. Des que la prevenció forma part dels objectius sanitaris, la freqüentació a la consulta mèdica es més alta i pot semblar que la vida està més medicalitzada. En el camp de la ginecologia, si fem un repàs, les primeres incursions generalitzades en la prevenció les tenim en les campanyes de prevenció del càncer de cèrvix uterí. Han passat anys i la dona ja ho té assimilat, sap què és la prevenció i si cal fa el tractament pertinent. Des de fa uns anys s'han implementat les campanyes de prevenció del càncer de mama i també se n'ha entès la finalitat (en molts casos ho demanen fins i tot abans de l'edat que indica el protocol). També cal dir que hi ha alguna dona que no ho desitja, però són pocs casos.

L'esterilitat, una malaltia?

Continuant amb l'anàlisi de la percepció de noves malalties, podem entrar en el camp de la reproducció humana.

Moltes parelles que anys enrera no aconseguen un embaràs, mai iniciaven un estudi d'esterilitat; altres consultaven i potser eren diagnosticades, però igualment no tenien descendència. Després de moltes investigacions l'any 1978 neix la primera nena, Louise Brown, mitjançant la tècnica de Fertilització in Vitro (FIV). Les tècniques de reproducció humana comporten estudis llargs, encara que cada vegada se simplifiquen més, i tractaments hormonals costosos, però contribueixen malgrat tot a millorar la qualitat de vida de moltes parelles. La parella estèril té unes vivències especials al veure que no aconseguen un embaràs, la qualitat de vida s'altera, la sensació de benestar disminueix o desapareix en molts casos, per la qual cosa si es té en compte la salut integral de la dona o de la parella en aquest cas, el metge orientarà i tractarà adequadament. Per tant, es l'esterilitat una nova malaltia?

I la prevenció de les malalties de transmissió sexual?

L'aparició de la sida ha canviat totalment la consciència envers les malalties infeccioses. No hi ha dubte que la sida és una malaltia, nova però malaltia sense interrogant. Ha canviat la consciència de la prevenció de les malalties de transmissió sexual i encara ha de canviar més. Aquí és important el paper del ginecòleg, del metge de família, del personal sanitari en general i cal que s'impliquin els educadors, pares i l'Administració, d'una manera especial si ens referim als adolescents i als joves en general. Cal insistir en la correcta utilització del preservatiu en les relacions sexuals per evitar les malalties de transmissió sexual, evitant també l'embaràs no desitjat, sobretot en la població adolescent.

És una nova malaltia la incontinència urinària?

La veritable extensió del problema està infravalorada: sembla que un 50% de pacients no consulta el metge malgrat que elles ho consideren una afecció negativa per al seu benestar i la seva qualitat de vida. Segueix essent un tema tabú, les dones senten vergonya per expressar la situació i també pensen que no hi ha solució. El fet de no buscar atenció mèdica té importància a nivell social, familiar, sexual, físic, psicològic i fins i tot laboral. L'impacte econòmic de la incontinència d'orina també és elevat. Cal fer un diagnòstic correcte del tipus d'incontinència (esforç, urgència o mixta) per establir el tractament adequat, farmacològic, quirúrgic, rehabilitació o tècniques d'autoajuda. Tan necessari és que la dona consulti com que el metge interrogui i estigui motivat per aquesta problemàtica que afecta d'una manera considerable a una gran població.

Nota:

Les Taules i Debats publicats en aquest Butlletí
corresponen als originals disponibles al tancament de l'edició.

Hipertensió arterial, del diagnòstic al tractament, què fem?

Josep Maria de Magriñá Claramunt; Miriam Boira Costa; Meritxell Ricart Sancho; Yolanda Ortega Vila; Teresa Basora Gallisà; Domingo Ribas Seguí.

ABS Reus 4; Reus.

Objectiu: Conèixer l'evolució dels pacients diagnosticats d'hipertensió arterial (HTA) amb risc cardiovascular (RCV) moderat i valorar la idoneïtat terapèutica i la incidència feta en les modificacions de l'estil de vida abans d'iniciar el tractament farmacològic.

Àmbit: Àrea Bàsica de Salut urbana de 20.700 usuaris.

Estudi: Descriptiu retrospectiu transversal.

Material i mètodes: 50 històries clíniques triades aleatòriament amb HTA i RCV <15% en 10 anys.

Variables: Edat, sexe, temps diagnòstic, tabaquisme, obesitat, consell antitabac i dietètic, exercici físic, idoneïtat d'iniciar tractament (pautes del 6è JNC), fàrmac utilitzat, ECG, fons d'ull i microalbuminúria.

Resultats: 58% dones. Edat mitjana: 54 anys. Fumadors: 42%, consell antitabac: 78%. Obesos: 52.8%. Temps mitjà de diagnòstic: 21,7mesos. Consell dietètic: 74%. Recomanacions exercici: 40%. Idoneïtat d'iniciar fàrmac: 76%. D'aquests, correcte respecte xifres tensionals >160/100 o esgotant els canvis estil de vida: 52,6%. La resta, correcte per TA > 145/95, s'inicia gairebé des del diagnòstic sense esperar l'efectivitat dels canvis d'estil de vida. Fàrmacs: 40% diürètics, 20% betablocadors, 18% IECA, 32% ARA II, 14% calciantagonistes, 2% altres. 54% porten fàrmac no justificat. 32% més d'un fàrmac, d'aquests el 75% estava indicat tractament. ECG 74%, microalbuminúria 48%, fons d'ull 34%.

Conclusions: S'ha de tractar farmacològicament un cop exhaurides les possibilitats de control amb canvis d'estil de vida, molts cops, medicalitzem abans. Reflexionem l'elevat nombre d'ARA II que prescrivim, sense valorar el baix RCV i les indicacions mínimes dels fàrmacs. Potenciem el consell dietètic i l'exercici així com el registre d'aquestes intervencions.

Reaguditzacions en MPOC. Les tractem adequadament?

Miriam Boira Costa; Josep Maria de Magriñá Claramunt; Meritxell Ricart Sancho; Yolanda Ortega Vila; Teresa Basora Gallisà; Judit Saumell.

ABS Reus 4. Reus.

Objectius: Comprovar la correcta prescripció d'antibiòtics en pacients reaguditzats amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) segons els criteris d'Antonissen.

Disseny: Estudi transversal retrospectiu. Avaluació de 130 històries clíniques de pacients diagnosticats de MPOC triades aleatòriament.

Àmbit: Àrea Bàsica de Salut urbana de 20.700 usuaris.

Material i mètodes: Variables: aguditzacions: criteris d'Antonissen (tos, purulència de l'expectoració, augment de la dispnea) i febre, prescripció antibiòtica i tipus d'antibiòtics prescrits.

Resultats: Total d'aguditzacions registrades n = 63, el criteri dispnea consta en un 44,4%, tos 87,3% canvis en l'esput 14,3% i febre 34,3%. En un 31,7% consta un criteri, en un 57,14% consten 2 criteris, en un 9,5% tres criteris i en un 1,6% consten els 4

criteris. Dels que tenen un criteri hem tractat amb antibiòtic un 60%, sent el més emprat els betalactàmics (75%), dels que tenen dos criteris tractem el 83,3% sent també el tractament més utilitzat els betalactàmics amb 76,6%, el segon grup d'antibiòtic més utilitzat és la levofloxacina amb 6,6%. Els pacients amb tres criteris registrats es van tractar el 100% i l'antibiòtic utilitzat al 100% van ser els betalactàmics. Amb quatre criteris només constava un pacient que va ser derivat a l'hospital.

Conclusions: La nostra actuació en el pacient MPOC aguditzat és correcta excepte en el grup de pacients que només presenta un criteri clínic. Aquest grup està sobretractat o bé s'infraregistra la seva clínica. Seria aconsellable esquematitzar l'anamnesi d'aquests pacients per tal de justificar l'actuació terapèutica. Respecte a l'antibiòtic utilitzat ens ajustem en un alt percentatge a les recomanacions de les guies d'actuació de l'SCMFiC.

Implantació d'un servei de cirurgia menor en un centre d'atenció primària.

Francisco Díaz Gallego; Xavier Sibera Areste; Miriam Aballí Acosta; Carlos Martínez Gaitero; Irene Herrera Solsona; Mónica Almiñana Riqué.

CAP Larrard. Barcelona.

Objectiu: Descriure la implantació d'un servei de cirurgia menor (CM) en un Centre d'Atenció Primària (CAP).

Disseny: Observacional retrospectiu.

Àmbit: CAP urbà.

Subjectes: Treballadors del CAP i la seva població adscrita.

Descripció: Equip: 1 metge de família i 7 infermeres que roten mensualment pel servei.

Creació d'una agenda informatitzada de CM pel metge responsable un dia a la setmana. Redacció d'un document de consentiment informat.

Adequació d'una consulta com a quiròfan amb el material necessari, amb formació teòrica de metges i infermeres, consensuant criteris d'inclusió i d'exclusió. Rotació mensual formativa d'un metge del CAP pel servei.

Enviament de la peça quirúrgica al servei d'Anatomia Patològica (AP) de l'hospital de referència.

Control de cures posteriors per infermeria.

Resultats: S'han citat 100 pacients en els 7 mesos de funcionament; s'han enviat les peces corresponents a AP, i se n'ha obtingut el resultat abans de 14 dies.

Han rotat 5 metges i 7 infermeres.

No hi ha hagut incidències en la programació, accessibilitat i idoneïtat de les derivacions, amb un 10% de pacients no presentats.

Conclusions: Els circuits de derivació i AP han funcionat correctament. La implantació del servei ha suposat un augment assumible de la càrrega assistencial, i la direcció i els professionals del CAP l'han percebut com un complement positiu a l'oferta assistencial.

Caldrien estudis posteriors per valorar l'opinió dels pacients i l'impacte sobre la descàrrega assistencial que suposa a nivell de l'atenció especialitzada.

Característiques dels pacients en situació de baixa laboral per un procés depressiu

Miriam Boira Costa; Josep Maria de Magriña Claramunt; Meritxell Ricart Sancho; Yolanda Ortega Vila; Teresa Basora Gallisa; Irene Alfredua.

ABS Reus 4. Reus.

Objectiu: Conèixer les característiques dels pacients diagnosticats de depressió controlats a l'Atenció Primària i de baixa laboral per aquest motiu.

Àmbit: ABS urbana que atén 20.100 usuaris.

Material i mètodes: Estudi transversal retrospectiu. Revisió de les històries clíniques amb el diagnòstic de depressió i en situació de baixa per aquest motiu (2002-2003). Variables d'edat, sexe, temps de baixa, temps des del diagnòstic, nombre de baixes per aquest motiu, invalidesa permanent (IP), període en què es dona la baixa, tractament prescrit, tractament ansiolític i control Centre Salut Mental (CSM).

Resultats: n= 61 històries. Edat mitjana: 41,5 anys 13. Dones 67,2%. Control CSM: 75,4%. Temps de baixa dels controlats per CSM: <3 mesos:34,8% Fins a 6m: 23,9% . Fins a 12m: 19,6%, >12m: 21,9%. Controlats a l'AP: <3m 53,3%, fins a 6m: 13,3%, fins a 12m: 26,7%, >12m: 6,6%. En situació d'IP: 6,6%. Temps des del diagnòstic a la baixa: 0-1m: 52,5%, >1m: 47,5%. La mitjana entre diagnòstic i baixa: 12,5m. Més d'una baixa per aquest motiu: 31,1%. La distribució estacional és uniforme, discretament superior a l'hivern 29,5%. Respecte al tractament inicial: 32,8% fluoxetina, 36,1% paroxetina, altres ISRS 29,5%. La resta: mirtazapina. Tractament ansiolític afegit: 86,9%.

Conclusions: El pacient en situació de baixa per depressió és una dona de 42 anys, controlada a CSM, en tractament amb fluoxetina o paroxetina, més un ansiolític i que restarà de baixa menys de tres mesos.

Us oportunista de la densitometria per un cribatge individual de la osteoporosi.

Josep Lluís Clua Espuny; Rosina Dalmau Llorca; Josep Maria Basart Arraut; M^a Josepa Arasa Fava; Gràcia García Bernal; Carina Aguilar Martín.

ABS Tortosa 1 est. Tortosa.

Objectius: El progressiu envelliment de la població s'associa a un augment de la morbimortalitat relacionada amb l'osteoporosi. En el nostre àmbit territorial no es disposa ni de programa ni d'un densitòmetre. Pretenem conèixer la prevalença d'osteoporosi, la factibilitat d'un programa de cribatge i la seva capacitat preventiva.

Tipus d'estudi: Transversal i descriptiu.

Emplaçaments: Àmbit geogràfic i poblacional d'una àrea bàsica de salut.

Subjectes: Pacients amb factors de risc de fractura relacionats amb una disminució de la massa òssia segons criteris de l'Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica, seleccionats entre els usuaris del centre de atenció primària (CAP) en el període 1/10/03 al 31/12/03.

Mesures i intervencions: Es va practicar una densitometria amb l'equip perifèric validat accuDEXA al CAP. Vam fer servir la t-score segons criteris de l'OMS per definir la massa òssia. Sobre l'evidència disponible es va construir una taula quantitativa de la morbimortalitat esperada i la capacitat de prevenció primària de

fractures de maluc en dones de més de 50 anys que aportaria la realització d'un programa de densitometria per a la detecció d'osteoporosi.

Resultats. Van participar 98 persones (91,7) amb una edat mitjana de 62,1 anys (IC: 59,9-64,2). La prevalença d'osteopènia va ser del 28,5% (IC: 19,8-38,5) i la d'osteoporosi del 10,2% (IC: 5-17,9). El nombre de casos de < 65 anys d'edat va significar el 36,8%. La recta de regressió va calcular una disminució de -0,09 (IC: -0,07 a -0,12) per any en la t-score. Amb un programa d'intervenció s'evitarien 34-37 fractures de maluc per any i la seva comorbiditat.

Conclusions: La prevalença detectada és similar a la coneguda; l'ús de l'accuDEXA va millorar l'accessibilitat a la densitometria en reduir el cost temps i la distància a l'existent entre el domicili i el CAP. i la magnitud preventiva representaria un benefici social superior a la situació actual.

Maletí, un any després seguim igual?

José Maria de Magriña Claramunt; Miriam Boira Costa; Meritxell Ricart Sancho; Yolanda Ortega Vila; Teresa Basora Gallisa; Domingo Ribas Seguí.

ABS Reus 4. Reus.

Objectiu: Conèixer la composició dels maletins dels metges de família després d'una intervenció informativa dels requeriments mínims recomanats per l'SCMFiC.

Disseny: Estudi multicèntric abans després.

Àmbit i subjectes: Metges de 4 ABS urbanes.

Mesures i intervencions: Revisió dels maletins d'atenció domiciliària amb desconeixement previ però amb consentiment.

Variables: Material diagnòstic: fonendoscopi, esfingomanòmetre, oftalmoscopi, martell, termòmetre, reflectòmetre, tires orina/glicèmia, lubricant, piles. **Instrumental:** tubs Guedel, careta transparent, xeringues, agulles, torniquet, bisturí, catèter papallona, tisora, pinça/mosquit, gasses, seda sutura, benes, gassa vaselinada, povidona iodada, sonda orina. **Fàrmacs:** nitroglicerina, captopril, AAS, adrenalina, atropina, furosemida, glucosa, salbutamol, metoclopramida, paracetamol, diazepam, haloperidol, metamizol, diclofenac, col·liri anestèsic, morfina, metilprednisolona, dexclorfeniramina, naloxona, anexate, bipireno. Classificarem cada grup d'indicadors en: >80% excel·lent, 40-79% acceptable, <40% dolent.

Resultats: n=35 maletins. Entre parèntesi, resultats preintervenció. **Material diagnòstic:** excel·lent 37%(28,1%), acceptable 63%(65,6%), dolent 0%(6%). **Instrumental:** excel·lent 9%(6,2%), acceptable 60%(40,6%), dolent 31% (53,1%). **Fàrmacs:** excel·lent 17%(9,3%), acceptable 66%(68,7%), dolent 17% (21%). Respecte dades preintervenció, detectem millores significatives en tots els grups. El grup dels fàrmacs, continua sent el més incomplet, destacant: salbutamol parenteral només en el 25%, diazepam rectal 37% i lorazepam 17%. Prèviament 25%salbutamol inh, 28% morfina, 40,6% glucosa, 10% microènema diazepam. En l'instrumental persisteix la manca de: sonda orina 5,7%, material de sutura 30% i 18,7, tubs Guedel pediàtric 37,5% (similar a dades prèvies).

Conclusions: Després d'una intervenció, veiem millores en el compliment en tots els indicadors però persisteixen moltes deficiències que caldria subsanar. Hem reintervengut en tots els facultatius per millorar l'adequació dels maletins.

Impacte de la informatització de les consultes d'un abs: coincideixen els pacients i els professionals sanitaris?

Carolina Roig Buscató; Núria Erra Yuste; Albert Seguer Toiran; Sònia Belda Díaz; Sebastià Juncosa

ABS Santa Eugènia de Berga. Santa Eugènia de Berga.

Objectius: Comparar l'opinió que els professionals i pacients tenen sobre la informatització de les consultes.

Tipus d'estudi: Transversal.

Emplaçament: ABS rural, província de Barcelona, amb una població d'uns 15.000 habitants.

Subjectes: Mostreig consecutiu de persones visitades a l'ABS i conjunt de professionals sanitaris que hi treballen.

Mesures i intervencions: Dues enquestes anònimes autoemplenades dirigides als professionals sanitaris i a una mostra de pacients (precisió 0,05, confiança 95%, prevalença 50%) amb preguntes tancades.

Resultats: L'edat mitjana dels 407 pacients: 48,4 anys (DE 17,2), i un 63,6% són dones. Es varen obtenir 21 enquestes dels professionals (91%), 57 % metges/esses i 43 % infermer/eres. L'edat mitjana: 43,9 anys (DE 7,5), 71,4 % dones.

Taula 1. Comparació de les respostes del personal sanitari i dels pacients a les preguntes comunes.

Pregunta	Segons el professional sanitari (n:21)	Segons el pacient (n:407)	Significació del Chi quadrat o exacte de Fisher
Interessa al pacient veure la pantalla de l'ordinador	4 (11%)	216 (54,3%)	p: 0,006
Ha canviat la relació des de que treballa amb ordinador	6 (28,6)	21 (5,2%)	p: 0,001
Ha augmentat la durada de la visita	8 (38,1%)	50 (12,6%)	p: 0,002
Fa perdre confidencialitat	9 (47,4%)	38 (10,6%)	p <0,0005

Conclusions: La introducció de l'ordinador a la consulta ha estat ben acceptada. Els professionals, a diferència dels pacients, mostren més preocupació per la possible pèrdua de confidencialitat, pensen que hi ha hagut més canvis en la relació i que ha augmentat la durada de la visita.

Població immigrant i activitat diària

M^a del Carmen Garcés Guallart; Àngel Pelayo Salas; Montserrat Pérez Cornellana; Susana Sarriegui Dominguez; Victoria Sanjosé Ines; Carmen Garrofé Amoros.

ABS Ronda. Lleida.

Objectiu: Descriure les característiques i motius de consulta dels immigrants que van venir a visitar-se a la nostra ABS.

Disseny: Es tracta d'un estudi observacional, transversal i descriptiu, al llarg d'un període de temps de 3 mesos. Àmbit: ABS urbana de 31.520 habitants. Subjectes: Es descriuen 471 consultes a immigrants majors de 15 anys que van venir en el període descrit.

Mesures: Es van recollir les següents variables: sexe, edat, nacionalitat, existència de història clínica, tipus de visita, nivell d'as-

sistència, situació laboral i grau de comunicació.

Resultats: Un 58% són dones. Respecte a l'edat: entre 15-24 anys es van atendre un 23,6 %. Entre 25-30 anys es van atendre un 24,5 %, entre 35-44 anys, un 27,6 %; entre 45-54 anys, un 18%; entre 55-64 anys un 4%, i més de 65 anys, un 2,4 %. Un 72% eren magribins, un 13%, sud-americans; d'Europa de l'Est: un 7%; subsaharians un 6%, i altres procedències, un 2%. Un 80% tenia història clínica. Un 52% era cita prèvia, el 34% era espontània i un 14% urgent. Un 32% van ser visites per a patologia traumatològica aguda; 22% per a patologia digestiva i un 18 % per a patologia tocoginecològica, com les més significatives. L'estat laboral era: 57,5 treballa, un 22% són mestresses de casa i el 8% està a l'atur. El 85% presentava un grau de comunicació satisfactori.

Conclusions: Els immigrants que van visitar l'ABS eren joves, tenien història clínica, eren magribins, treballaven i el motiu de consulta més freqüent va ser traumatològic, digestiu i ginecològic. És destacable l'elevat grau de comunicació acceptable.

Hàbits en el consum de medicaments en atenció primària.

Pilar Moya Ortiz; Ester Ras Vidal; Isabel Noguera Vila; Isabel Herreros Martínez; Josepa Calbet Ginovart; Jordi Valldosera Santo.

Sant Pere i Sant Pau. Tarragona.

Objectiu: Avaluar la prevalença puntual sobre el consum familiar de medicaments, en la població de 25 a 35 anys.

Tipus d'estudi: Estudi observacional transversal.

Emplaçament: ABS urbana, població assignada 1.720.

Subjectes: Mostra obtinguda per mostreig aleatori sistemàtic (1/4), seguretat 90% i precisió 10%.

Mesures i intervencions: Es concerta entrevista domiciliària enregistrant la medicació existent en aquell moment (nom comercial, caducitat, presentació, començat i autoritzat). S'exclouen pacients amb patologia crònica. Anàlisi estadístic: Chi-quadrat.

Resultats: Es van visitar 58 grups familiars, nombre d'integrants: 5,2% un únic membre; 39,7% dos, 32,8% tres i 22,4% més de tres. La mitjana de fàrmacs en el domicili per família 17,9±8,3; començats 16±7,4; automedicats 10,1±5,7. Prevalença puntual del consum observada: 93,1% analgèsics; 87,9% antiinflamatoris; 77,6% antigripals; 60,3% antibiòtics; 48,3% antiinflamatoris tòpics; 46,6% antiàcids, 44,8% preparats bucals, 41,4% corticoides tòpics, 36,2% antihistamítics, 32,8% ansiolítics, 31% antibiòtics tòpics, 27,6% antidiarreics, 25,9% antiemètics, 17,2% col·liris i 15,5% preparats pel restrenyiment.

Per grups d'antibiòtic: 42,4% amoxicil·lina, 34,8% amoxicil·lina/clavulànic, 13,8% macròlids i 9% quinolones. Per formes de presentació dels antibiòtics: 63,6% formes orals sòlides i 36,4% formes orals líquides.

L'automedicació es va produir predominantment: 94,8% preparats bucals, 82,1% antiinflamatoris tòpics, 80% antibiòtic tòpic, 70% antirestrenyiment, 68,7% antidiarreics, 62,8% antiàcids, 60,2% antigripals, 54,7% analgèsics i 50% dels antibiòtics.

No vam observar diferències estadísticament significatives en consum dels medicaments segons nombre de membres de la unitat familiar.

Conclusions: L'emmagatzematge de medicaments a les llars és molt elevat i l'automedicació és una pràctica molt estesa, especialment per tractaments bucals, gàstrics i infeccions respiratòries.

Relació entre la formació en medicina comunitària dels metges de família i la seva pràctica posterior.

Mercè Pérez Vera; Carme Forcada Vega

ABS Pineda de Mar. Granollers.

Objectiu: Conèixer l'associació d'haver rebut o no formació en medicina comunitària (MC) durant la residència amb la seva pràctica posterior.

Tipus d'estudi: Transversal i retrospectiu, analític.

Emplaçament: Atenció Primària.

Subjectes: Metges especialistes en MFIC sortits de les Unitats Docents Catalunya de 1998-2002. Mostra aleatòria.

Mesures i intervencions: S'administra qüestionari telefònic. S'estudia la quantitat i la qualitat de la formació teòrica (FT) i pràctica (FP) durant la residència, percepció d'aquesta, pràctica de MC postresidència. Activitat comunitària (AC): amb objectius específics i dirigida a població no consultant. Prova de chi-quadrat per comparar proporcions i t-Student per comparar mitjanes.

Resultats: Truquem 323 casos, es localitzen 101 (31,4%). S'obtenen 100 qüestionaris (resposta 99%), 77% dones, 94% treballen en Atenció Primària.

El 76% (IC95%:67-84) han rebut FT, el 88% (IC95%:80,6-95,3) programada per la UD, 81,6% classes teòriques. Mitjana d'hores de FT 22,8(D.E.21,5). El 24% (IC95%:15,6-32,3%) reberen FP: existència en el centre de formació d'AC (21%,IC95%:13-29) i/o programes de salut (10%,IC95%:4-16). Participaren activament el 45,8% (N=11). Postresidència, 12% (IC95%: 5,6-18,4%) ha realitzat alguna AC. La pràctica de MC postresidència no s'associa a FT (14,5% vs 4,2%), i sí a FP (25% vs 7,9%, p=0,025); superior si havia participat activament(36,4% vs 15,4%)(ns). Mitjana d'hores FT (40,2 D.E.31,4) qui ha practicat MC postresidència i 19,7(D.E.17,8) qui no (p:ns). Valoren insuficient la FT 61,8% i 86,4% dels que van rebre o no FT (p=0,031), i insuficient la FP 70,3% i 62,5% dels que van rebre o no FP (ns). S'han format en MC postresidència 11,4% dels que no practiquen MC i 33,3% dels que sí (p=0,040).

Conclusions: La formació pràctica en MC durant la residència és determinant per la pràctica posterior de MC.

Experiència de crioteràpia en una àrea bàsica

Joan Josep Cabré Vila; Francisco Martín Luján;
Dolors Montañés Boncompte; Isabel Sánchez-Oro Vallés;
Joan Lluís Frigola Marcet; Montserrat Busquets Ruiz.

ABS Reus-1. Reus.

Objectius: Avaluar els resultats de la implementació d'una consulta específica per crioteràpia a la nostra Àrea Bàsica de Salut (ABS).

Disseny i emplaçament: Estudi descriptiu, realitzat en una ABS urbana (15.000 habitants).

Material i mètodes: Les dades dels subjectes sotmesos a crioteràpia es recullen en un llibre de registre i s'informatitzen. Les sessions es fan amb cadència mensual. Es presenten les dades compreses entre el 19-06-2003 i el 08-04-2004 (10 sessions). Cada sessió té una durada aproximada d'1 hora i mitja, i s'ha realitzat pel mateix professional. Són els diferents equips mèdics els que deriven els pacients a administració on es donen les cites per crioteràpia.

Resultats: Durant les 10 primeres sessions s'ha fet crioteràpia a 105 persones (mitjana 10,5 pacients/sessió). Tots els casos han estat derivats pels metges de família del nostre centre. Les princi-

pals patologies ateses han estat: 78 pacients amb berrugues (74%), 8 amb fibromes (7,6%) i 2 per altres patologies. 13 pacients s'han revisitat, en necessitar més d'una sessió per tal de tractar les seves lesions (12,4%). Els resultats obtinguts han estat satisfactoris en tots els casos. No hi va haver cap complicació de la tècnica. Només una pacient va rebutjar la crioteràpia. Les derivacions van ser molt ben indicades, ja que només en dos casos (un botriomicoma i un queratoacantoma) no van ser tributàries d'aquesta tècnica i es van remetre al dermatòleg.

Conclusions: La realització d'una consulta de crioteràpia és una mesura eficient, amb un alt índex de satisfacció dels pacients i amb absència de complicacions. Per tant, sembla clar que aquesta tècnica pot realitzar-se sistemàticament a l'atenció primària.

Interacció primària-hospital

M^a del Carmen Garcés Guallart; Àngel Pelayo Salas;
Ramón Casals Garrigó; Carmen Mias Carballal.

ABS Ronda. Lleida.

Objectius: L'hospitalització a domicili és una entitat en alça. Per això, es va realitzar la següent revisió, per descriure els criteris de funcionament d'una Unitat d'Hospitalització a Domicili (UHD).

Disseny: Estudi descriptiu.

Àmbit: Municipal.

Subjectes: Inclou els pacients ingressats i professionals sanitaris d'una UHD.

Mètodes: Variables: tipus de malalts, activitat assistencial, personal sanitari, cobertura proporcionada. Els malalts es divideixen en 4 grups: I- postoperatori sense complicacions. II- complicacions /cures complicades, III- prequirúrgic pendent de proves, no mèdic IV- medicina interna.

Resultats: Distribució de malalts totals: 378 (I- 38%, II- 17%, III- 20%, IV- 25%. Personal: nombre de metges:4; DUI: 7 (duplicat respecte creació UHD). Cobertura telefònica: de 8 a 21 h. Cobertura nocturna: SOU/urgències hospitalàries. Capacitat UHD: 45 - 50 inf. Es realitzen 8-10 visites/torn/professional, organitzades segons planificació de ruta. Respecte al tipus d'atenció: 55% atenció i control pacients de traumatologia, medicina interna, ginecologia, pediatria; 23% cures complexes cirurgia general i vascular; 10% tractaments endovenosos; 7% cura i control drenatges; 5% educació sanitària. 40% va ser alta i citada en consultes externes, 60% es va derivar a Atenció Primària.

Conclusions: La creació de la UHD ha disminuït la pressió assistencial de l'hospital i ha aconseguit un alt nivell d'implicació familiar i de l'atenció primària. Hi comparteixen el tipus d'atenció, garantint la continuïtat i qualitat, i millora la utilització dels recursos.

Prevalença de la neuropatia diabètica

M^a del Carmen Garcés Guallart; Àngel Pelayo Salas;
Margarita Sague Guiu; Eduardo Gascó Egulluz;
Carmen Garrofé Amoros.

ABS Ronda. Lleida.

Introducció: La neuropatia perifèrica diabètica és un dels símptomes més relacionats amb la morbiditat de la malaltia diabètica. Normalment està relacionat amb el temps d'evolució de la malaltia endocrina.

Objectiu: L'objectiu d'aquest treball és conèixer la prevalença de la neuropatia diabètica en els pacients diabètics tipus 2, i estimar la relació entre la seva aparició i el temps d'evolució, edat, tabac, alcohol, grau de control metabòlic i tipus de tractament.

Disseny: Es realitza un estudi descriptiu i transversal, en l'àmbit d'un Àrea de Salut urbana.

Subjectes: Es trien aleatòriament 150 pacients amb diabetis tipus 2 i es determina: edat, sexe, temps d'evolució de la diabetis, HbA1c, consum d'alcohol i tabac, tipus de tractament i existència de neuropatia diabètica. Els criteris de selecció van ser els utilitzats a l'estudi *Neurodiabetes*. L'estudi estadístic es realitza mitjançant el programa SPSS.

Resultats: Edat mitjana: 56,5 anys 6,7. Temps mitjà d'evolució de la diabetis: 7,3 5,4 anys. HbA1c: 6,7 1,2 %. Prevalença de la neuropatia perifèrica: 15,7 %. Evolució de la diabetis en malalts amb neuropatia: 10,3 6,4 anys enfront els 6,2 5,0 sense neuropatia perifèrica (p 0,05). L'HbA1c: 6,4 1,1 % amb neuropatia i 6,3 1,0 en malalts sense neuropatia (p: 0,065). L'edat en pacients amb neuropatia: 58,5 5,61 i sense neuropatia: 54,8 6,3 anys (p 0,05). Resta de paràmetres sense significació estadística. Pel que fa al tractament, presentaven neuropatia perifèrica el 38% dels tractats amb insulina, el 21% dels tractats amb hipoglucemians orals i el 8% dels tractats amb dieta.

Conclusions: La prevalença de la neuropatia perifèrica en diabètics tipus 2 és superior al 15%. Aquesta es relaciona de manera significativa amb l'edat i el temps d'evolució i molt possiblement també amb el grau de control metabòlic.

Diabetis tipus 2 i insuficiència renal

M^a del Carmen Garcés Guallart; Ángel Pelayo Salas; Carmen Garrofé Amoros; Estela Jiménez-Mena Sarra.

ABS Ronda. Lleida.

Objectius: Determinar la prevalença d'insuficiència renal i de malaltia cardiovascular en la població de diabètics tipus 2 de la nostra ABS i establir la relació existent entre ambdues entitats.

Disseny: Estudi descriptiu i transversal realitzat entre els mesos de juny i desembre de 2003.

Subjectes: La totalitat de diabètics tipus 2 pertanyents al nostre centre.

Mesures: Valor de creatinina plasmàtica, definint insuficiència renal com a valor igual o superior a 1,3 mg/dl en dones i 1,4 mg/dl en homes i segons la fórmula de Cockcroft-Gault per al càlcul del filtrat glomerular, en moderada 60-30 ml/min, severa de 29-15 ml/min i insuficiència renal terminal menor de 15 ml/min.

Resultats: S'inclouen 630 pacients, 43% homes, edat mitjana 66 13 anys. Un 54,5% dels pacients eren hipertensos, 34,6% dislipèmics; 14,8% fumadors i el 21% presentava microalbuminúria. Un 31% dels pacients amb creatinina plasmàtica normal, presentava una disminució del filtrat glomerular segons la fórmula de Cockcroft-Gault. Es va observar de manera estadísticament significativa (p< 0,05) que a mesura que empitjora la funció renal, augmenta la incidència d'arteriopatia perifèrica i d'insuficiència cardíaca congestiva i que existeix una tendència positiva, encara que no amb valor estadístic, per a l'aparició de cardiopatia isquèmica (p: 0,2).

Conclusions: En els nostres pacients diabètics tipus 2, el deteriorament de la funció renal, diagnosticat precoçment mitjançant la fórmula de Cockcroft-Gault, està present en gairebé la meitat dels pacients i permet discriminar un grup amb major risc cardiovascular.

Fenoximetilpenicil·lina en el tractament de la faringoamigdalitis estreptocòccica

Silvia Hernández Anadón; Carles Llor Vilà; Silvia Crispí Cifuentes; Anna Moragas Moreno; Manel Pérez Bauer; Josep Maria Cots Yago.

EAP Tarragona- 3 y EAP Tarragona-6. Tarragona.

Objectiu: Comparar l'efectivitat de 2 tractaments en la faringoamigdalitis probablement estreptocòccica.

Tipus d'estudi: D'intervenció, efectuat al febrer, març i abril de 2004.

Emplaçament: Quatre consultes d'atenció primària.

Subjectes: Pacients majors de 14 anys, no al·lèrgics als -lactàmics, amb 4 o més dels criteris de Centor.

Mesures i Intervencions: Aleatòriament (l'listat de números aleatoris) s'administrava: amoxicil·lina 500 mg/8 hores 8 dies, o penicil·lina V (fenoximetilpenicil·lina) 800 mg/12 hores 8 dies. Es va recollir al cap dels 8 dies el guariment, millora, fracàs i intolerància. Es va indicar al pacient que tornés el pot i que digués quan havia desaparegut la simptomatologia. S'efectuà estadística descriptiva, proves de Chi- quadrat i t d'Student (significació estadística p<0,05.)

Resultats: 60 pacients reclutats, (31 amoxicil·lina, 29 penicil·lina V). Es va observar guariment en 27 i 26 pacients, respectivament (no d.s.). S'observà intolerància gastrointestinal en 2 pacients tractats amb penicil·lina V. La resolució de la febre va ser més ràpida amb penicil·lina (1,78 dies vs. 2,95 dies; p<0,001) i també la durada del mal de gola (2,13 vs.3,32 dies; p<0,001). El compliment va ser igual en ambdós grups.

Conclusions: A partir d'aquest estudi caldria dissenyar un assaig clínic amb tècniques d'emascament per assegurar els resultats obtinguts. De totes maneres, el que la penicil·lina oral sigui un β-lactàmic d'espectre reduït, a diferència de les aminopenicil·lines, que són antibiòtics d'ampli espectre i unit al fet d'igualtat d'efectivitat d'ambdós antibiòtics en la pràctica clínica, fa que s'hagi de recomanar com a tractament d'elecció la penicil·lina V, excepte en situacions d'intolerància gastrointestinal.

Prevenió de la obesitat és prevenció del risc coronari: ho fas a la teva consulta?

Silvia Hernández Anadón; Carles Llor Vilà; Silvia Crispí Cifuentes; Teresa M^a Canela Armengol; Olga M^a Domínguez Calviño; Gurutze Aguirre Álava.

EAP Tarragona-3 y Tarragona-6. Tarragona.

Objectiu: Conèixer els risc coronari (RC) segons grau d'obesitat i relacionar obesitat amb factors de risc cardiovascular.

Tipus d'estudi: Descriptiu transversal.

Emplaçaments: Atenció Primària.

Subjectes: Mostra aleatòria i estratificada per edat i sexe. S'agafaren les 5 primeres visites durant 5 mesos d'una consulta d'AP entre 10 i 99 anys.

Mesures i intervencions: 426 pacients inclosos. S'excloueren els pacients amb malaltia cardiovascular activa. Variables: edat, sexe, pes, alçada, índex de massa corporal (IMC), perfil lipídic, diabetis mellitus (DM), xifres de tensió arterial sistòlica i diastòlica (TAS/TAD), ECG, tabaquisme; càlcul del RC segons Framingham (taula d'Anderson 1991). Efectuem proves d'estadística descriptiva i de correlacions (significació estadística p<0,05).

Resultats: 426 pacients (252 dones), 12 baix pes, 138 normopès, 156 sobrepès, 120 obesitat. Pes mitjà: 71,7 Kg (DE 7,5). Alçada mitjana: 159 cm (DE 4,5). IMC mitjà 28,08 kg/m² (DE 2,5). Edat mitjana: 59,3 anys (rang 16-93). DM 13%. Fumadors 25,9%. RC mitjà 14,1% (DE 11,2) (rang <2%-48%). Correlacions: 1. IMC correlació inversa amb colesterol-HDL (r: -0,31) i positiva amb TAS (r: 0,46) i TAD (r: 0,37). 2. RC correlació positiva amb TAS (r: 0,56), TAD (r: 0,39), LDL (r: 0,39) i inversa amb colesterol HDL (r: -0,26). 3. RC es correlaciona amb IMC, positivament (r: 0,68 i p < 0,04)

Conclusions: Destaquem la significació estadística assolida entre IMC i RC, fet que encara que ja recull la literatura mèdica, potser no ho tenim prou en compte en la pràctica clínica habitual. Cal encoratjar els pacients obesos a disminuir pes, així també minvarem el RC associat.

Realment, manegem la disfunció erèctil (DE) en atenció primària?. Diagnòstic, control i tractament d'homes amb DE en un centre de salut.

Laia Fornells Vilaseca; Teresa Garzón Garzón;
Sonia Pérez López; Miguel Perona Pagán;
Ana Belén Fernández Sancho; Marta Cánovas Juárez.

ABS Nova Lloreda. Barcelona.

Objectius: Descriure el percentatge de derivació a l'especialista i descriure el percentatge de diagnòstic, seguiment i tractament realitzats en atenció primària enfront de l'especialista.

Disseny: Estudi transversal descriptiu.

Àmbit: Àrea bàsica de salut urbana (30.000 habitants).

Subjectes: Homes entre 25-70 anys que van venir al centre en un període de tres mesos (febrer-maig 2003). Exclusió: negativa del pacient.

Mesures: Es van analitzar les derivacions realitzades pel metge de família a l'especialista de tots els homes amb diagnòstic de disfunció erèctil (Tests SHIM i IIEF positius). També es van recollir les següents variables: metge que realitza el diagnòstic, tipus de tractament i qui prescriu el mateix.

Resultats: Total de pacients preguntats: 243 i d'aquests, 67 presenten problemes de disfunció erèctil. Un 21% (14 pacients) són remesos a l'especialista i la resta, 79% (53 pacients) són controlats pel metge de família. Un 16,4% ja havia rebut tractament previ (11 dels 14 pacients derivats a l'especialista, dos amb prostaglandines i 9 amb sildenafil) i un 57% (38 del total amb DE) no vol cap tipus de tractament, essent el preu i la por als efectes secundaris, les principals causes del rebuig.

Conclusions: 1) El metge d'atenció primària diagnòstica i controla la disfunció erèctil però tracta poc, 2) L'especialista és el principal prescriptor, 3) El sildenafil és el tractament més utilitzat però la por als efectes secundaris i el preu en limiten el seu ús.

Tabac i atenció primària: més enllà del consell

Carmen Barrio Ruiz; Ana Espinola Rodríguez;
Carmen Tamayo Ojeda; Alicia Val Jiménez;
Eugenia Corral Mata; Socorro González Perea.

ABS Camps Blancs. Sant Boi de Llobregat.

Objectius: Avaluació d'un programa intensiu de deshabitació tabàquica el primer any de la seva implantació.

Tipus d'estudi: Seguiment d'una cohort

Emplaçament: Centre de salut urbà de 9.600 habitants.

Subjectes: Fumadors >15 anys visitats per qualsevol motiu, motivats per deixar de fumar (Richmond > 4) i en fase contemplativa. Novembre 2002 - 2003

Mesures i intervencions: Intervenció intensiva durant 8 setmanes (setmanal el primer mes, quinzenal el segon, material d'autoajuda, tractament farmacològic) i seguiment durant un any. Variables: antecedents patològics, hàbit tabàquic (cigarretes/dia, edat d'inici, intents previs per deixar-ho, dependència (Fagerström), pes, tensió arterial, monòxid de carboni exhalat. Avaluació de l'abstinència a les 8 setmanes mitjançant CO exhalat i als 6-12 mesos mitjançant enquesta telefònica.

Resultats: 126 fumadors, 51% homes, mitjana d'edat: 44 anys, edat d'inici de l'hàbit: 17 ± 6,2 anys, cigarretes/dia: 24 ± 11, intents previs d'abandonament: 2 ± 2,7, 21% de dependència alta. Del 51% que van completar el programa l'abstinència a les 8 setmanes fou 59% (80% dels tractats amb xiclets, 73% dels tractats amb pegats, 80% dels tractats amb combinat pegats/xiclets i 50% dels tractats amb bupropió), als sis mesos 33% i a l'any 28%. L'abstinència no es relaciona significativament amb cap variable estudiada.

Conclusions: 1) Elevat percentatge d'abandonament del programa. 2) Les taxes d'abstinència amb tractament farmacològic són molt superiors a les del consell trobades a la bibliografia. 3) L'abstinència és independent de qualsevol variable estudiada. 4) La intervenció intensiva sobre el tabaquisme és una mesura eficaç i aplicable en les consultes d'atenció primària.

Eines per a la predicció de caigudes en la gent gran del Maresme aplicat a l'atenció primària

Juan José Montero Alia; M^a Mercedes Jiménez González;
Elena Zurilla Leonarte; M^a Mar Rodríguez Álvarez;
Esther Valentín Moya.

Mataró 7. Mataró.

Objectiu: Conèixer la capacitat dels tests "Timed up and go" enfront del "Test de Tinetti" per predir caigudes en gent gran.

Tipus d'estudi: Estudi de cohorts prospectiu multicèntric.

Emplaçament: Maresme

Subjectes: Població assistida > 65 anys no institucionalitzats a l'atenció primària.

Mesures i intervencions: Capacitat per fer els test d'equilibri unipodal, Tinetti i Timed up and Go. Variables sociodemogràfiques. Seguiment de caigudes durant un any.

Resultats (preliminars): n: 586. Edat mitjana: 75 anys, dones: 58%. Caigudes prèvies: 28% (dones/homes: 2:1). Fàrmacs: 3,7 fàrmacs/persona. Timed up and go: en menys de 10 segons el podien fer el 70,3% dels pacients, entre 10-12 segons el 25,1% i trigaven > 20 segons el 4,6%. Tinetti: normal (28 punts) el 52% del total de pacients. Caigudes: La incidència als sis mesos és del 17,6%. Lloc: 50% domicili i 50% carrer. Per sexe: homes 13,1%, dones 20,9% (p < 0,05); en portadors bastó: 39,7% enfront 13,6% no portadors (p < 0,001); caigudes prèvies, van tornar a caure en un 29,7% enfront de 12,7% que no havien caigut prèviament (p < 0,01); fàrmacs de 4 d'un 22,7% enfront de 13% de < 3 fàrmacs (p < 0,005); Timed up and go en homes: 8,3 segons enfront de 11,9 segons els homes que van caure (p > 0,05) i en dones 10,1 segons enfront de 13,6 segons en les que van caure (p < 0,01). Tinetti en homes: 26,3/28 punts enfront de 23,3/28 punts els que

van caure i en dones 25,3 punts enfront de 22,8 punts les que havien caigut.

Conclusions: Obtenir un Tinetti < de 23 punts o un *Timed up and go* de més de 12 segons incrementa el risc de patir caigudes. El fet de ser dona i haver patit caigudes prèvies, també l'augmenta.

Educació sanitària i mesures no farmacològiques per al tractament de la obesitat

Sílvia Crispí Cifuentes; Sílvia Hernández Anadón; Carles Llor Vilà; Olga Calviño Domínguez; Gurutze Aguirre Álava; Albert Gómez Sorribes
CAP Jaume I. Tarragona.

Objectius: Avaluat l'efectivitat (reducció de l'índex de massa corporal, IMC) de l'educació sanitària sistematitzada en atenció primària per als pacients amb sobrepès- obesitat.

Tipus d'estudi: D'intervenció.

Emplaçament: Atenció primària.

Subjectes: Mostreig aleatori de pacients amb IMC > 25 kg/m² i sedentarisme, en presència/absència d'altres factors de risc cardiovascular independentment del tractament farmacològic que prengueren en el moment de captació. Excloguérem els casos amb contraindicació d'exercici físic.

Mesures i intervencions: 1) Pes, talla, IMC, xifres tensió arterial sistòlica i diastòlica. 2) Patologia associada: cardiopatia isquèmica, hipertensió arterial, dislipèmia, diabetis mellitus, tabaquisme. 3) Càlcul del risc cardiovascular; 4) Consell de modificació en l'estil de vida: dieta, prescripció d'exercici físic, consell antitabac. Vam establir un calendari de seguiment amb visites de reforç programades cada dues setmanes. Temps de seguiment: 3 mesos.

Resultats: n: 192 pacients (dones: 66.7%), exclosos: 24 (4 contraindicacions d'exercici, 20 abandonaren). Edat mitjana: 58,4 anys (r: 39-79). Patologia associada: cardiopatia isquèmica: 4,2%, hipertensió: 87%; dislipèmia: 29,2%, diabetis: 41,7%, fumadors: 16,7%. Amb risc cardiovascular elevat (Framingham > 20% en 10 anys) un 25%. El 12,5% molt obesos (IMC > 40), 45,8 obesos (IMC: 30-39), 41,7% sobrepès (IMC 25-29). En completar estudi: pèrdua mitjana pes: 2.2 Kg (r: 1,5-3,8); 30 pacients (17,9%) perderen 1-2% del pes inicial, 82 (48,8%) del 2-4%, 54 (32,1%) del 4-5,5%. Abandó tabaquisme: 4 pacients (12,5%). Mitjana de reducció xifres tensió arterial: 1,3 mm Hg. El 88,1% van acudir a les visites de control.

Conclusions: L'educació sanitària sistematitzada sobre els canvis en l'estil de vida és una mesura efectiva per a aconseguir pèrdues de pes en pacients afectes de sobrepès-obesitat i millorar així el seu estat de salut.

Hi ha més domicilis quan plou?

Roser Ros Barnadas; Rosa Viñas Vidal; M^a Mar Forés Chacori; Isabel Zamora Casas; Marta Bandrés Miguenza; Sandra Albamonte Navarro.
ABS Santa Eulàlia Sud. Hospitalet de Llobregat.

Objectiu: Conèixer si hi ha més domicilis quan plou.

Tipus d'estudi: estudi observacional prospectiu.

Emplaçament: Àrea Bàsica de Salut urbana.

Subjectes: Pacients >15 anys que van sol·licitar avisos domiciliaris del 16/12/02 al 15/03/03, de dilluns a divendres de 8 a 17 hores.

Mesures i intervencions: Variables: edat, sexe, motiu de consulta, diagnòstic, nombre d'avisos domiciliaris al matí (8 a 11h) i a la tarda (11 a 17h), temperatura diària mesurada a les 9h i a les 14h i estat del temps (sol, núvol o pluja).

Resultats: n: 243, edat: 57,2 (DE: 24,5), dones: 68,7%, motiu de consulta més freqüent: febre (31,2%), diagnòstics més freqüents: patologia respiratòria 37% i gastroenteritis aguda 6,9%. Dia amb més avisos: dimarts (25,1%). Mitjana d'avisos al matí: 3,25 i a la tarda: 0,74. La temperatura mitjana al matí és de 9,5°C i a la tarda 13,7°C. Hi ha més nombre d'avisos domiciliaris als matins amb temperatures fredes (temperatura 10°C) però la p: 0,30 no és significativa. També hi ha més avisos domiciliaris pels matins quan plou que quan és núvol (p: 0,046) i que quan fa sol (p: 0,039). A la tarda no observem cap diferència.

Conclusió: Quan plou al matí augmenta el nombre d'avisos domiciliaris.

Medicines complementàries. Una alternativa?

Montse Piñol Martínez; M^a José Giner Martos; Belen De Pedro Elvira; Meritxell Devant Almir; Mireia Puñent Priu; Ana Benavides Ruiz.

CAP Les Corts. Barcelona.

Objectiu: Determinar la utilització de les medicines complementàries en usuaris de l'atenció primària.

Tipus d'estudi: Estudi transversal descriptiu.

Emplaçament: CAP urbà.

Subjectes: Mostra aleatòria de pacients que van venir a la consulta d'atenció primària durant tres setmanes consecutives.

Mesures: Es van realitzar 368 enquestes i es van determinar les variables: edat, sexe, utilització de les medicines complementàries, tipus de medicina complementària, patologia tractada, percepció subjectiva d'efectivitat i seguiment de tractament mèdic.

Resultats: Es van enquestar 215 dones (58,4%) i 153 homes (41,6%). L'edat mitjana era de 62,5 anys (DE: 17,1). El 27,4% havien utilitzat alguna vegada medicina complementària i d'aquests el 18,8% més d'un tipus. De les dones, el 32,1% havien emprat les medicines complementàries i el 20,9% dels homes, trobant diferències significatives (p: 0,02). L'acupuntura va ser utilitzada en 35,5% dels casos, la fitoteràpia en 32,3% i l'homeopatia en 18,5%. Les patologies tractades més freqüentment van ser els quadres d'angoixa i depressió (23,4%), els dolors osteomusculars (23,4%), l'obesitat (10,5%) i els trastorns digestius (8,9%). El 68,5% dels pacients va tenir una percepció subjectiva positiva d'aquestes teràpies, per al 29% va ser l'únic tractament que seguia i el 9,1% havia substituït el tractament mèdic per la medicina complementària.

Conclusions: Les medicines complementàries són més utilitzades per les dones. L'acupuntura, la fitoteràpia i l'homeopatia són les més emprades. Les patologies tractades més freqüentment per medicines complementàries són d'alta prevalença en la població general però de baix risc vital. Un alt percentatge de pacients no havien fet cap tractament convencional previ i més de la meitat dels pacients tenen una percepció positiva de l'efectivitat de la medicina complementària utilitzada.

Adequació de la durada de la incapacitat laboral al estàndards de l'Institut Català de la Salut

Marta Amatller Corominas; Bibiana Deixens Martínez; Dynaida Katia Núñez Casillas; José Luis del Val García; Jose Miguel Baena Díez; Loren Fernández López.

ABS Carles Ribas, SAP Sants-Montjuïc Sarrià-Les corts-Sant Gervasi. Barcelona.

Objectius: Estudiar si la durada de les incapacitats laborals transitòries (ILT) per malaltia comuna es correspon als estàndards de l'Institut Català de la Salut (ICS).

Tipus d'estudi: Descriptiu transversal.

Emplaçament: ABS urbana, amb 17 metges.

Subjectes: Tots els processos per malaltia comuna en què constava la data d'alta i baixa l'any 2003.

Mesures i intervencions: Es van estudiar les variables edat, sexe, diagnòstic (CIE-10) i durada de la ILT. La durada de la ILT es va comparar amb els estàndards de l'ICS mitjançant la *t* d'*Student-Fisher*.

Resultats: Foren estudiades 2.899 ILT, que corresponien a 2.308 pacients, amb una edat mitjana de 36,5 anys (DE: 11,4) i un 50,5% d'homes. La durada mitjana del conjunt de les ILT fou 35 dies (DE: 61,5), amb diferències significatives (superior durada) respecte als estàndards (diferència: 15,5 dies, IC95%: diferència: 17,6-13,4).

Taula. Diagnòstics més freqüents

Diagnòstic CIE-10	% ILT	Durada mitjana ILT (dies)	Durada mitjana estàndards ICS (dies)	P
M54 (cervicàlgia/dorsàlgia/lumbàlgia)	11,5	37,5	19,2	<0,001
B34/J06/J00/J02/J06 (infeccions vies altes)	11,3	6,3	4,5	0,003
F41 (ansietat)	10,2	70,7	29,7	<0,001
J10/J11 (grip)	9,1	6,4	6,8	0,48
A09 (gastroenteritis)	4,5	7,9	3,71	0,005
J03 (amigdalitis)	3,0	6,1	5,31	0,33
F32 (depressió)	2,4	82,4	81,0	0,87
J20 (bronquitis aguda)	2,8	13,4	10,2	0,13

CIE-10: Classificació Internacional Malalties; ILT: Incapacitat Laboral Transitoria; ICS: Institut Català Salut.

Conclusions: Les durades de les ILT per malaltia comuna són superiors als estàndards de l'ICS, encara que aquests fet depèn del tipus de patologia estudiada.

"La botica de la abuela": remeis populars o riscos desconeguts

Marta Garcia i Rigol; Laura Torrents Vallés; Raquel Escobar Arráez; Isabel Caballero Humet; Josep Alins Presas; Josep M^a Sánchez Colom.

EAP Sta.Mgda. de Montbui. Sta Mgda. de Montbui.

Objectius: Conèixer els tipus, indicacions, interaccions i efectes adversos de les plantes medicinals.

Tipus d'estudi: Revisió bibliogràfica sobre fitoteràpia.

Emplaçament: Àrea bàsica de salut semiurbana.

Mesures i intervencions: Prescripció d'herbes medicinals a una consulta d'infermeria.

Revisió bibliogràfica: PubMed, fitoterapia.net, vademècum, enciclopèdia de plantes.

Fer-ho saber a l'equip.

Resultats: DIGESTIU: Eopèptics (Camamilla, Maria Lluïsa, Centaura): indicació: trastorns digestius. Carminatius (fonoll, anís estrellat): indicació en la dispèpsia. Dosis elevades: convulsions, efectes narcòtics (nens). Colerètics /Colagogs (romani, carxofa): indicació: dèficits hepatobiliars. Contraindicat en l'obstrucció biliar. Laxants (salvat de blat, lli, càscara sagrada): indicat en el restrenyiment; alenteix absorció de medicaments i glucosa; interaccions amb antiarítmics i diürètics. NERVIÓS: Valeriana/til·la: indicació: inductora del son; efectes adversos: sedació. Passiflora: indicada en l'ansietat i l'insomni; efecte hipotensor. Hipèric: indicació: ansietat, depressió; no s'ha d'usar amb psicotròpics, anti-conceptius i antiretrovirals; dona problemes de fotosensibilització. RESPIRATORI: Eucaliptus/Pi albar/Farigola: indicats en refredat i tos. Toxicitat: Eucaliptus: epileptògen, neurotòxic; pi albar: broncoespasme (nens); Farigola: No en enterocolitis, cardiopaties; oli essencial farigola: convulsions, coma. RENAL: Cua de cavall/ortiga/blat de moro: indicació: diürètics, prevenció litiasi. MUSCULAR: Harpagofit: indicat en la fibromiàlgia i problemes reumatològics; contraindicat en l'embaràs (oxitòxic) i ulcus; interactua amb els antiarítmics. IMMUNITARI: Equinàcea: indicada en les infeccions de repetició i contraindicat en les malalties autoimmunitàries, sistèmiques. CIRCULATORI: Ginkgo: indicada en la insuficiència cerebrovascular i arterial perifèrica; contraindicat amb anticoagulants, antiagregants. Castanyer d'Índies/Rusc/Hamamelis: indicació: varices, hemorroides; intoxicació: rusc (nens): convulsions. GINECOLÒGIC: Onagra: indicada en la síndrome premenstrual.

Conclusions: La fitoteràpia pot donar toxicitat i interaccions amb fàrmacs d'ús habitual.

Necessitat de coneixements i registre HCAP pels sanitaris.

Desenvolupament sostenible i nous medicaments autoritzats. Incongruència?

Carme Jimenez Civit; Yolanda Herranz Pinilla; Núria Peurta moreno; Rosa López Fraile; Adelina Fallada Pouget; Jeroni Ferrer Santaulària.

CAP Vila.Seca. Tarragona.

Objectiu: Analitzar si l'autorització dels nous medicaments realitzada a Espanya durant l'any 2002 està justificada econòmicament en relació al seu potencial terapèutic (grau de millora respecte als ja existents al mercat).

Mètodes: S'analitzen els nous medicaments autoritzats per la Direcció General de Farmàcia i Productes Sanitaris l'any 2002, les dades dels quals s'obtenen a partir del Butlletí d'Informació Terapèutica del Sistema Nacional de Salut.

Aquests es classifiquen segons el tipus d'especialitat farmacèutica (EF) en:

Utilització Hospitalària, EF de Diagnòstic Hospitalari, EF Publicitària i EF amb recepta mèdica i es subclassifiquen segons el seu potencial terapèutic. (A: Important o excepcional millora terapèutica, B: Moderada o modesta millora terapèutica, C: nul·la millora terapèutica, D: Sense classificació).

Resultats: En l'any 2002 s'han autoritzat 778 EF, de les quals 93 són d'utilització hospitalària, 55 de diagnòstic hospitalari, 88 publicitàries i 590 amb recepta mèdica. De totes aquestes EF s'han autoritzat com a nous principis actius un total de 40, essent 7 d'ells: (17,5%) classificats en el grup A, 15 (37,5%) al grup B, 15 (37,5%) al grup C i 3 (7,5%) al grup D.

Conclusions: La novetat terapèutica es basa en l'evidència disponible en el moment de la seva autorització i l'experiència clínica posterior és la que aclarirà el veritable valor entre fàrmacs similars. No obstant, crida l'atenció que s'hagin autoritzat un 75% de nous principis actius amb aportació terapèutica modesta o nul·la respecte als ja existents. Atès que el consum de medicaments en el sistema sanitari és un factor clau en la despesa sanitària d'un país, seria bo que totes les parts implicades reflexionéssim sobre aquest tema.

Valorem l'alteració obstructiva de les espirometries en els fumadors?

Manuel Pérez Bauer; Ana Moragas Moreno;
Silvia Hernández Anadón; Olga Calviño Domínguez;
Ivone Fernáandez Pagès; Llum Marín Canseco.

EAP Tarragona-3. Tarragona.

Objectius: Valorar l'alteració obstructiva en espirometries realitzades a fumadors no diagnosticats prèviament de malaltia pulmonar obstructiva crònica.

Tipus d'estudi: Descriptiu transversal.

Emplaçament: Àrea Bàsica de Salut urbana.

Subjectes: Mostreig consecutiu de fumadors majors de 15 anys atesos al segon trimestre del 2003.

Mesures i intervencions: Variables: edat, sexe, número de cigarretes/dia (20, 21-30, > 30 c/d), anys que fuma, puntuació Fagerström (dependència moderada: 4-7, elevada: > 7), valor del FEV1 (normal 80%, obstructiu lleu 79-70%, moderat-greu < 70%). Es van realitzar proves d'estadística descriptiva.

Resultats: 62 fumadors, 63% homes. Edat mitjana: 45 anys (< 40 anys: 38%, 40-59 anys: 43%, 60 anys: 19%). 37,7% amb patró obstructiu per espirometria (26,3%: lleu, 11,4%: moderada-greu). Espirometries alterades segons grups d'edat: 9% en < 40 anys, 56% entre 40-60 anys (36% lleu, 20% moderada-greu), 72% en > 60 anys (45% lleu, 27% moderada-greu); $p < 0,01$. Segons el test Fagerström: 33% alterades en dependència lleu, 37% en moderada i 50% en elevada (relació no significativa estratificant la dependència per edats). Segons el número de cigarretes/dia: 25% alterades en = 20 c/d, 44% en 21-30 c/d, 81% en > 30 c/d ($p < 0,01$). Segons els anys que fumen: sense alteracions en < 15 anys, 33% alterades (3,7% moderat-greu) en 15-30 anys, 73% (36% moderat-greu) si > 30 anys ($p < 0,01$).

Conclusions: S'observa una relació significativa entre les alteracions obstructives de les espirometries amb l'edat, els anys que fumen i amb el major número de cigarretes. Sembla que no hi ha relació amb el grau de dependència ni amb el sexe.

És hipertensió tot el que es diagnostica?

Llanos Rodríguez Blanco; David López Heras;
Raquel Adroer Martori; Carmen Delgado Arzua;
Celsa Fernández Álvarez; Carmen Morillo Godoy.

ABS Florida Nord. L'Hospitalet De Llobregat.

Objectiu: Valorar l'ús d'AMPA (automesura domiciliària pressió arterial) pel diagnòstic i seguiment d'hipertensos a la consulta d'atenció primària.

Disseny: Estudi descriptiu prospectiu.

Àmbit: ABS urbana 26.055 HCAP.

Metodologia: 86 malalts: 38 hipertensos en tractament i mal controlats amb TA $\geq 140/90$ i 48 hipertensos acabats de diagnosticar d'HTA (hipertensió arterial) sense tractament reclutats segons arribaven a dues consultes d'ABS. Mesures de tensió amb aparell OMRON M4. Hipertensos en tractament dues mesures pel matí amb 5 minuts de diferència i dues a la tarda tres dies consecutius. Desestimades mesures primer dia, i mitjana de la resta. Criteri control òptim AMPA TA < 135/85 al domicili. Hipertensos acabats de diagnosticar tres mesures diàries a franges horàries: (8-11h /13-16h/20-22h) 10 dies consecutius. Desestimats tres primers dies i mitjana dels 7 restants. Criteri de normotensió TA amb AMPA < 135/85.

Resultats: Dones 61,6%; edat mitjana 63,1 \pm 11,7; malaltia cardíaca 6, afectació d'òrgans diana 3, dislipèmia 37, tabaquisme 15, diabetes 14; dels 38 tractats: 14 amb un fàrmac, 14 amb dos, 8 amb tres i 2 amb quatre. Fenomen bata blanca (FBB) 27 del total amb $p < 0,001$ (Prova McNemar dades aparellades). Dels hipertensos tractats 5 de 38 FBB ($p: 0,063$) i dels hipertensos acabats de diagnosticar 22 de 48 FBB ($p < 0,001$).

Conclusions: L'AMPA és un mètode útil perquè pot facilitar dades de grau de control de la hipertensió per ajustar millor el tractament i sobretot per descartar falsos hipertensos després d'un primer cribratge. L'ús habitual de l'AMPA comportaria menor iatrogènia i una reducció del consum de recursos sanitaris (farmacològics, proves complementàries i nombre de visites).

El peak-flow és un bon predictor de les alteracions de la espirometria forçada

Josep Maria de Magrià Claramunt; Míriam Boira Costa;
Yolanda Ortega Vila; Meritxell Ricard Sancho;
M^a Angels Vinuesa Fernández; Francisco Martín Luján.

SAP Reus Altebrat. Reus.

Objectiu: Avaluat si el valor del *peak-flow meter* és predictiu d'una alteració en l'espirometria forçada (*gold standard*).

Disseny, subjectes i àmbit: Estudi observacional de seguiment de cohorts a un Centre de Salut urbà (població de referència 21.100 habitants).

Material i mètodes: Inclusió sistemàtica dels pacients amb indicació d'estudi espiromètric. Mostra suficient per aconseguir una potència del 95% i un error del 0,05 (es presenten les dades preliminars dels primers 50 casos inclosos en l'estudi pilot). S'informatitzen les variables: edat, sexe, hàbit tabàquic, capacitat vital (FVC), flux en el primer segons (FEV1), pic espiratori de flux (PEF) i el resultat de la prova broncodilatadora.

Resultats: S'avaluen 50 individus amb proves respiratòries vàlides (68,5% homes; 34% fumadors; edat mitjana 52,13 \pm 19,9 anys). El patró espiromètric va resultar: 42% normal, 8% obstructiu, 36% no obstructiu i 14% mixt ($p < 0,001$). Respecte al valor del PEF, només el 18% va resultar $\geq 80\%$ del teòric. En analitzar la sensibilitat, va ser del 100% (IC95%: 85,4-100), l'especificitat de 42,9 (IC95%: 22,6-65,6); valor predictiu positiu de 70,7% (IC95%: 54,3-83,4) i negatiu de 100% (IC95%: 62,9-100).

Conclusions: Les dades preliminars mostren que la mesura en consulta del PEF amb el *peak-flow meter*, tot i que no permet substituir l'espirometria com a mètode diagnòstic de les malalties respiratòries, si és eficient atesa la seva alta sensibilitat i valor predictiu. Ambdós paràmetres, juntament amb l'accessibilitat, la facilitat d'ús i l'eficiència, caracteritzen el mètode ideal de cribratge en població general.

Motius de consulta de la població nouvinguda al nostre centre de salut

Mercè Capdevila Andreu; Teresa Glaria Navarro; Julia Sardaña Alvarez; Antoni Collado Cucò; Cora Jiménez Marqués; Montserrat Gil Beneito.

ABS Vandellòs-L'Hospitalet de L'Infant. L'Hospitalet de L'Infant.

Objectiu: Analitzar el comportament dels immigrants arribats a una Àrea Bàsica de Salut (ABS) comparant-lo amb el de la població espanyola nouvinguda.

Metodologia: Estudi observacional analític transversal.

Ambit: població nouvinguda a un ABS rural de 5.200 habitants.

Anàlisi de 49 històries clíniques corresponents a població no espanyola i se selecciona una mostra de població no espanyola que s'instal·la a l'ABS a partir de l'1-1-02.

De les històries clíniques (OMI-AP) es recullen dades demogràfiques, de freqüentació i els motius de visita. Tabulació de dades amb Microsoft Access.

Procés estadístic: estadístics descriptius; comparació de mitjanes (T d'Student). Paquet informàtic: SPSS.

Resultats: S'analitzen 91 històries clíniques (49 de no espanyols, 42 espanyols), sense diferències d'edat ni sexe. Procedència: 67,4% sud-americans, 6,1% magrebins i la resta d' Europa de l'Est.

Freqüentació: els espanyols presenten una mitjana de 10,5 visites/any (DE: 13,5), els no espanyols de 4,85 (DE:3,9), (p:0,02). Per tipus de consulta: 24,7% (DE:17,5) de les visites dels espanyols són programades, els no espanyols un 12,6% (DE:16,9) (p:0,02). Per professionals de consulta: 35,5 % (DE: 28,8) de visites dels espanyols són a infermeria, els no espanyols un 20,4% (DE: 22,4) (p:0,007).

No hi ha diferències significatives per motiu de consulta.

Conclusions: El nostre estudi comprova un major ús dels serveis sanitaris per part de la població immigrada espanyola respecte a la no espanyola. La població espanyola realitza més visites programades i fa servir més la consulta d' infermeria. No hem trobat diferències entre els motius de consulta.

Valorar l'adequació de la prescripció d'antiagregants plaquetaris en pacients diabètics tipus 2 segons els criteris de l'ada 2003

Mónica León de la Fuente; Sandra Ramèntol Teys; Vicenta Pujol Blaya; Maria León Sanromà; Magda Martí Nogué; Carles Valero Garcia.

ABS La Gabarra. Cornellà de Llobregat.

Objectiu: Determinar el percentatge de diabètics tipus 2 tractats al nostre centre, que haurien de rebre antiagregants plaquetaris segons les recomanacions de l'*American Diabetes Association* (ADA) del 2003 i els que efectivament el reben, diferenciant entre prevenció secundària i primària. Estudiarem la freqüència dels diferents factors de risc.

Disseny: Estudi descriptiu transversal.

Emplaçament: Centre d'atenció primària de l'àrea del Baix Llobregat.

Participants: Pacients diabètics tipus 2 majors de 30 anys, que hagin estat visitats entre l'1 d'octubre del 2002 i l'1 d'octubre del 2003.

Mesures principals: Revisió d'històries clíniques obtenint les següents variables: edat, sexe, antecedents cardiovasculars, fac-

tors de risc segons els criteris de l'ADA 2003 i el tractament antiagregant que segueixen.

Resultats: Dels 413 pacients inclosos en l'estudi, en 86 (20,8%; IC95% 16,9-24,7) consten antecedents cardiovasculars, per la qual cosa estaria indicada la prevenció secundària, dels quals la reben 77. Segons els criteris de l'ADA 2003, 304 pacients requerien tractament antiagregant com a prevenció primària, dels quals 61 pacients (20,1%; IC95%: 15,6-24,6) el reben.

Conclusions: Dels diabètics tipus 2 que haurien de rebre tractament antiagregant com a prevenció secundària segons les recomanacions de l'ADA, el rep 9 de cada 10, i entre els que l'haurien de rebre com a prevenció primària el reben 1 de cada 5.

Infravalorem la utilització de la medicina alternativa? Sabem els metges l'ús que se'n fa?: opinió dels nostres pacients

Sonia Pérez López; Laia Fornells Vilaseca; Miquel Perona Pagan; Alicia Peinado Bedmar; Mar Piqueras Garré; Maria Jesús Guiu Buendia.

ABS Nova Lloreda. Badalona.

Objectius: Conèixer el percentatge de pacients que utilitzen o han utilitzat alguna vegada la medicina alternativa, conèixer les característiques sociodemogràfiques de la població a estudi i conèixer en quina patologia és més freqüent la seva utilització?

Tipus d'estudi: Estudi descriptiu transversal.

Emplaçament: ABS Urbana (30.000 habitants).

Subjectes: Pacients entrevistats, de forma aleatòria, durant un període de 6 setmanes. Exclusió: Negació del pacient.

Mesures i intervencions: Enquesta d'opinió heteroadministrada pel personal sanitari.

Resultats: De 177 pacients, el 39,6% han fet ús de la medicina alternativa mentre que el 60,4% no l'ha utilitzat. Dels que havien utilitzat la medicina alternativa, el 75,7% eren dones. El 44,3% tenia entre 20 i 40 anys, el 42,8% entre 40 i 60 i el 12,8% tenia més de 60 anys. El 57,2% dels pacients tenia estudis bàsics. El 60% l'havia utilitzat una o dues vegades i en el 60% com a ajuda a la medicina halopàtica. La medicina alternativa era utilitzada pel tractament de: dolor (21,4%), perdre pes (14,3%) i al·lèrgies (11,4%) i les alternatives són: acupuntura (47,2%), homeopatia (34,3%) i naturopatia (28,6%).

Conclusions: 1) La medicina alternativa és demandada amb freqüència pels nostres pacients, sobretot en dones de mitjana edat. 2) La majoria de vegades s'utilitza com ajuda a la medicina tradicional. 3) El dolor i la necessitat de perdre pes són els motius principals del seu ús essent l'acupuntura i l'homeopatia les alternatives més utilitzades.

Atenció comunitària: noves propostes

Jaume Andreu Jomet; Maria Josep Guinovart Marques; Elena Roselló Cavallé; Isabel Valero Rofes; Carles Rodríguez Pago; M^a Luisa de Rivas Pie.

ABS Alt Camp Oest., Alcover.

Objectius: Establir un marc normalitzat d'atenció comunitària que permeti desenvolupar intervencions que responguin a les necessitats reals de la comunitat.

Tipus d'estudi: Intervenció a la comunitat.

Ambit: Àrea bàsica de salut rural que atén 5.500 habitants repartits en 5 municipis .

Mesures i intervencions: Amb la implicació dels professionals de l'equip d'atenció primària, institucions i entitats locals, centres educatius, hospital de referència i CatSalut s'engega un nou model integrador d'atenció comunitària, amb les següents actuacions realitzades: creació del Consell de Salut, creació del programa d'atenció comunitària a la població infantil i juvenil, edició d'una revista de temes de salut, creació d'una línia de contacte amb les diferents entitats locals .

Resultats: Després de 2 anys d'experiència s'ha aconseguit: consolidació del Consell de Salut com a eina de relació bidireccional entre les institucions i entitats locals de l'àrea bàsica de salut; programació estable de tallers sobre temes de salut als centres educatius; establiment d'una comunicació normalitzada entre l'àmbit educatiu i el sanitari; participació quinzenal en un programa de ràdio de l'emissora local; publicació d'una revista bimestral sobre temes de salut; realització d'activitats sobre temes de salut amb diferents associacions locals; utilització dels expositors del centre com a eina emissora de missatges.

Conclusions: Creació i consolidació d'un model integrador d'intervenció comunitària que ens ha permès iniciar diferents activitats d'una manera sistematitzada, continuada i actuant des de diferents vessants.

Relació entre el burn out i la qualitat de vida professional entre els residents de família.

Cinta de Diego Cabanes; Rafael Albiol Lluís; Esmeralda Recasens Oliva; Montse García Vaqué; Mercedes Alvarez Luy; Inmaculada Hospital Guardiola.

CAP Sarró de Valls. Tarragona.

Objectius: Analitzar la relació entre qualitat de vida professional i grau de burnout dels residents d'una DAP.

Tipus d'estudi: Prospectiu observacional transversal.

Eplaçaments: DAP.

Subjectes: Residents de 1r a 3r any de 3 unitats docents.

Mesures i intervencions: Aplicació de 2 qüestionaris autoadministrats: Maslach Burnout Inventory (MBI): 22 ítems dividits en 3 seccions: Esgotament Emocional (EE), Despersonalització (DP) i Realització Personal (RP); test de Qualitat de Vida Professional validat (QVP-35) 35 ítems que mesuren 3 dimensions: Càrrega de treball (CT), Suport Directiu (SD) i Motivació Intrínseca (MI).

Resultats:

EE	BAIX	MIG	ALT
CT	5,4	6,2	7,1
SD	5,1	5,1	<5,1
MI	7,1	7,1	5,9

DP	BAIX	MIG	ALT
CT	6	6,22	6,7
MI	7	7	6,1

A major càrrega de treball, menor suport directiu i menor motivació intrínseca, hi ha un major esgotament emocional. L'alta despersonalització es relaciona amb altes càrregues de treball i poca motivació intrínseca.

Conclusions: L'esgotament emocional es relaciona directament amb la càrrega de treball, el suport directiu i la motivació intrínseca. També és important destacar que a major càrrega de treball hi ha una major despersonalització que podria influir en una disminució de la motivació intrínseca.

Relació de la pressió assistencial i ingressos hospitalaris en funció del registre espiromètric en els pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica.

M^a Jesús Forcada Martínez; Anna Isach Subirana; Jordi Ferré Gras; Mònica Virgos Bonfill; Mireia Español Pons; Marià Carulla Aresté.

ABS Reus 2. Reus.

Objectius: Descriure la demanda assistencial en Atenció Primària (AP) i ingressos hospitalaris del Malalt Pulmonar Obstructiu Crònic (MPOC) i relacionar-ho amb l'existència de registres espiromètrics.

Tipus d'estudi: Estudi descriptiu transversal-retrospectiu.

Ambit i subjectes: Subjectes MPOC d'una Àrea Bàsica de Salut.

Mesures i intervencions: Revisió de 200 històries clíniques de malalts registrats amb factor de risc MPOC. Es recullen variables com l'edat, sexe, registre espiromètric, nombre de consultes al metge de família i de ingressos hospitalaris en els darrers 2 anys degut a l'MPOC. Es va contrastar amb la prova de ².

Resultats: Dones:19%; edat mitja:71,3±11,6anys. Prevalença MPOC (>40anys):5,8%(IC95%:5-6,6). No van anar al metge 31 pacients (15,5%), de 1 a 5 visites al metge: 117 pacients (58,5%) i més de 6 visites: 52 pacients (26%) (taula 1: relació del nombre de visites amb l'existència d'espirometria). Fins a 35 pacients (17,5%) van ingressar algun cop en l'hospital degut a l'MPOC (taula 2).

Taula 1:

Nombre de visites al metge	Espirometria		Total pacients
	No	Si	
0	28 (21,5%)	3 (4,3%)	31 (15,5%)
1 a 3	42 (32,3%)	28 (40%)	70 (35%)
4 o més	60 (46,2%)	39 (55,7%)	99 (49,5%)
Total	130 (100%)	70 (100%)	200 (100%)

Taula 2:

Nombre d'ingressos hospitalaris	Espirometria		Total pacients
	No	Si	
0	102(78.5%)	63(90%)	165(82.5%)
1	17(13,1%)	5(7.1%)	22(11%)
2	8(6.1%)	1(1,4%)	9(4.5%)
3 o més	3(2.3%)	1(1.4%)	4(2%)
Total	130(100%)	70(100%)	200(100%)

Conclusions: El tenir l'espirometria registrada es relaciona amb un augment de visites al metge de família i a una disminució dels ingressos hospitalaris. S'hauria d'incrementar la sol·licitud d'espirometries en AP.

Reaguditzacions del malalt pulmonar obstructiu crònic. El tractament antibiòtic s'adequa a la recomanació de les societats científiques?

Mireia Español Ponts; Jordi Ferré Gras; Elena Moltó Llarena; Esther Mayol Racero; Elisabeth Vidal Folch; Josep Lluís Piñol Moreso.

ABS Reus 2. Reus.

Objectius: Conèixer el tractament antibiòtic utilitzat en les reaguditzacions del Malalt Pulmonar Obstructiu Crònic (MPOC) i si s'adequa a les recomanacions de les societats científiques (semFYC i SEPAR).

Tipus d'estudi: Descriptiu transversal-retrospectiu.

Àmbit i Subjectes: Subjectes MPOC d'una Àrea Bàsica de Salut.

Mesures i intervencions: Revisió de 200 històries clíniques de malalts registrats amb factor de risc MPOC. Es recullen dades epidemiològiques, nombre de reaguditzacions (reagud.) en els darrers 2 anys, tractament antibiòtic emprat i si son al·lèrgics a la penicil·lina.

Resultats: Homes: 81%; edat mitja: 71,3±11,6 anys. Prevalença MPOC: 5,8% (IC95%: 5-6,6) en majors de 40 anys.

	1 reagud.	2 reagud.	> 3 reagud.	Total
Amoxicil·lina	12(42.9%)	8(28.6%)	8(28.6%)	28
Amoxi/clavulànic	19(24.1%)	24(30.4%)	36(45.5%)	79
Ciprofloxacina	0	4(66.7%)	2(33.3%)	6
Moxifloxacina	1(6.3%)	9(56.3%)	6(37.5%)	16
Levofloxacina	0	0	2(100%)	2
Cefalosporines	0	5(62.5%)	3(37.5%)	8
Azitromicina	1(12.5%)	4(50%)	3(37.5%)	8
Eritromicina	0	2(66.7%)	1(33.3%)	3
Claritromicina	5(25%)	9(45%)	6(30%)	20
Altres	2(25%)	1(12.5%)	5(62.5%)	8
				178

No van presentar reaguditzacions 38 pacients.

Existeix un total de 105 tractaments (59%) (IC 95%: 51,4-66,3), tractats amb antibiòtics recomanats per les societats científiques: amoxicil·lina-àc.clavulànic, moxifloxacina, levofloxacina i azitromicina. Si afegim també les cefalosporines i la claritromicina aquest percentatge s'incrementa al 75%.

Dels 13 pacients al·lèrgics a la penicil·lina només 3 són tractats amb antibiòtics recomanats per les societats científiques.

Conclusions: Utilitzem acceptablement els antibiòtics recomanats, encara que s'hauria de disminuir la prescripció d'amoxicil·lina en el tractament de les reaguditzacions.

Projecte: Ajudem el pacient amb malaltia pulmonar obstructiva crònica a viure millor.

Mònica Monteagudo Zaragoza; Sílvia Granollers Mercader; Xavier Bayona Huguet; Carles Valero Garcia; Juan José Ferro Rivera; Maria Llagostera Español.

Cap Cornellà. Cornellà.

Objectiu: Determinar si la utilització d'una estratègia adreçada a professionals sanitaris millora el grau de control i qualitat de vida dels malalts amb Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica

(MPOC). L'estratègia engloba un *feed-back* informatiu individual sobre la situació de salut dels mateixos pacients MPOC, i un pla de formació basat en una guia de pràctica clínica (GPC) sobre el seu maneig.

Tipus d'estudi: Quasi experimental.

Emplaçament: 18 CAP urbans de 6 Serveis D'Atenció Primària (AP).

Subjectes: Pacients MPOC > 40 anys atesos a l'AP l'any 2003, 611 en grup intervenció, 611 en grup control.

Mesures i intervencions: Àudit clínic amb paràmetres sociodemogràfics, clínics, de control, de tractament, de qualitat de vida (Q. de St. George), d'utilització de recursos sanitaris. La intervenció consisteix en la formació dels metges i infermeres en la GPC, informació individualitzada dels resultats de l'àudit i la incorporació d'educació sanitària d'aquesta pacients (tabac, compliment terapèutic, exercici i dieta equilibrada). Després d'un any es tornaran a auditar els mateixos paràmetres. Es compararà el grup intervenció amb el grup control.

Resultats esperats: El coneixement individualitzat del professionals de la situació clínica dels propis pacients, la formació i la pràctica de l'educació sanitària, l'increment del diagnòstic de l'MPOC, l'actualització de coneixements, poden ajudar a millorar el tractament dels pacients MPOC, amb una disminució de símptomes, complicacions i ingressos hospitalaris, així com de l'increment de la qualitat de vida (min. 4 punts).

Activitat laboral i qualitat de vida en els pacients amb malaltia coronària

Josep Maria de Magriñà Claramunt; Míriam Boira Costa; Meritxell Ricart Sancho; Yolanda Ortega Vila; Teresa Basora Gallisà; Francisco Martín Lujá.

ABS Reus 4-SAP Reus Altebrat. Reus.

Objectiu: Conèixer el perfil laboral del pacient amb malaltia coronària (MC) i la repercussió en la seva percepció de salut.

Disseny, subjectes i àmbit: Estudi descriptiu transversal dels subjectes amb MC atesos en un centre urbà (població de referència: 20.600 usuaris).

Material i mètodes: Revisió sistemàtica de tots els usuaris amb el diagnòstic de malaltia coronària en qualsevol de les seves formes (infart de miocardi, angor estable i inestable) atesos al 2003. Les variables d'estudi foren: edat, sexe, esdeveniment cardiovascular i situació laboral (actiu, incapacitat transitòria i jubilat). A tots el pacients es va autoadministrar el qüestionari de qualitat de vida SF-36.

Resultats: S'identificaren 78 subjectes amb MC (74,4% homes), edat: 59,9±7,9 anys (rang: 43-72 anys). El temps mitjà d'evolució de la malaltia va ser de 5,7±5,1 anys. Segons el tipus de MC: angor estable 25,6%, inestable 20,5% i infart 53,8%. Segons la situació laboral: en actiu 30,7%, en incapacitat 14,1% i 55,1% jubilats. Només 27 (34,6%) retornaren la SF-36; d'aquests, 22 (81,5%) eren homes. Respecte a la situació laboral no es van trobar diferències significatives que sí s'evidenciaren en quan al tipus de MC: 5 amb malaltia estable (25% del seu grup), 14 amb infart (33,3% del seu grup de MC) i 8 amb angor inestable (50% del seu grup) (p<0,01). La SF-36 demostrà deteriorament (<50) sols en els camps de percepció general de salut i vitalitat.

Conclusions: La malaltia coronària predomina en homes a la sisena dècada de la vida. Dos terços d'aquests pacients no té una vida laboral activa. L'acompliment de les enquestes de qualitat de

vida és baix, particularment entre les dones i en subjectes amb malaltia estable. El qüestionari SF-36 mostra deteriorament en l'àrea de percepció general de salut i vitalitat.

Compleixen el tractament els nostres pacients hipertensos?

Montserrat Garcia Vaque; Esmeralda Recasens Oliva; Cinta de Diego Cabanes; Carolina Bayona Faro; Mari Mar Juárez Laiz.

Objectius: Conèixer el grau de compliment del tractament hipotensor > 65 anys.

Tipus d'estudi: Estudi longitudinal prospectiu.

Emplaçament: ABS Urbà docent.

Subjectes: Mostra consecutiva, 99 pacients hipertensos > 65 anys en tractament hipotensor.

Mesures i intervencions: Variables d'estudi: recompte comprimits, sexe, edat, tipus convivència, qui preparava la medicació, nombre d'hipotensors i nombre resta fàrmacs.

Valoració grau compliment: recompte comprimits primera visita i segon recompte en segona visita 30 dies després. Percentatge de compliment (PC) = nombre de comprimits presos pel pacient / nombre de comprimits prescrits pel metge x100 = 80 -110%, hipocomplidors <80% i hipercomplidors >110%.

Resultats: 99 pacients, 13 pèrdues (6 incompareixença, 7 altres). Mitjana d'edat: 73,2 anys, desviació estàndard (DS) 5,3. Mitjana d'anys tractament hipotensor: 13 anys, DS 6,96. Sexe: 35,4% homes, 64,6% dones. Nivell d'estudis: bàsic 81,8%, mitjà 13,1%, superior 3%, analfabets 2%. Tipus de convivència: 24,2% sols, 25,3% en família, 49,5% parella, 1% en residència d'avis. Qui prepara medicació: 97% ell, 3% algú altre. Nombre fàrmacs hipotensors: 60,6% prenien un, 30,3% dos, 7,1% tres, 2% quatre.

Nombre resta fàrmacs: 7,1% cap, 14,1% un, 21,2% dos, 6,2% tres, 11,1% quatre, 7,1% cinc, 6,1% sis, 7,1% set, 10% vuit o més. Grau compliment: 54,4% bons complidors, 31,6% no complidors (5,3% hipocomplidors, 4,7% hipercomplidors), 12,8% pèrdues.

Conclusions: El percentatge de no complidors, és inferior al de complidors, semblant a la bibliografia.

No s'observaven diferències significatives segons les diferents variables incloses a l'estudi i el fet de ser bon complidor o no.

Els nivells de colesterol i els anys d'evolució determinen els coneixements sobre hipercolesterolèmia?

Mireia Español Pons; Jordi Ferré Gras; Elisabeth Vidal Folch; M^a Jesús Forcada Martínez; Ana Isach Subirana; Cristina Mangrané Guillén.

Tarragona. Reus.

Objectiu: Relacionar el grau de coneixements (dietètics, estil de vida, teòrics) sobre hipercolesterolèmia, amb els nivells de colesterol i l'any del diagnòstic.

Tipus d'estudi: Observacional tipus transversal.

Emplaçament: Atenció Primària.

Subjectes: Pacients amb hipercolesterolèmia seleccionats aleatòriament de 6 consultes d'una ABS urbana.

Mesures i intervencions: Es confecciona un test de 20 preguntes sobre recomanacions dietètiques (11 preguntes), estil de vida (5 preguntes) i coneixements teòrics de la malaltia (4 preguntes), que els pacients emplen a la consulta. Coneixements bons/acceptables: encertar 9 o més preguntes sobre temes dietètics, 5 d'estil de vida, i 3 o més de coneixements teòrics. Es contrasta amb X² i t-Student. Xifres de colesterol del darrer any (total, c-HDL i c-LDL), temps d'evolució d'hipercolesterolèmia: més o menys de 5 anys

Resultats: 134 hipercolesterolèmics. Mitjana(mg/dl): colesterol:236.7, c-LDL:146.8, c-HDL: 61.9. Coneixements acceptables del test versus nivells de colesterol: veure taula.

Coneixements acceptables del test versus nivells de colesterol: Veure taula.

Coneixements acceptables		Dietètics	Teòrics	Estil de vida	Globals
Nivells colesterol (mg/dl)	COL	241,06±47.6	241.4±47*	236.9±47.5	242±48.1
	c-LDL	149.2±50.9	152.8±47.7*	147.4±49.7	152.9±49.2
	c-HDL	60.9±17.3	59.5±16.3	58.9±16.6*	61.2±17

*p<0.05

Els hipercolesterolèmics de més de 5 anys d'evolució (35,8%) de forma global tenen més coneixements (70,8%), amb diferències estadísticament significatives (p<0.02) a nivell de coneixements teòrics (87,5%) i d'estil de vida (97,9%).

Conclusions: Els pacients tenen més coneixements quan els nivells de colesterol són més alts i amb més de 5 anys d'evolució. Atesa la gravetat i els anys de diagnòstic d'aquest factor de risc, els pacients són més receptius a una bona educació per part dels sanitaris i tenen major temps d'assimilació de coneixements.

Una nova escolta des de l'atenció primària...: és possible?

Ramon Tigell Gironès; Amàlia Morro Grau; Paloma Camós Guijosa; Pilar Medina Bravo; Núria Sarrà Manetas.

La Unitat Psicosocial (UPS) és un espai físic i mental multidisciplinar de discussió de casos i problemes amb contingut psicosocial; és un referent perquè els professionals derivin als pacients que necessitin un suport més ampli que el que es pugui fer a la consulta; i també és un espai de formació continuada que s'ofereix en forma de supervisió per part d'un psicòleg.

Objectius: Descriure l'experiència d'una UPS a l'any de la seva posada en marxa.

Tipus d'estudi: Qualitatiu: revisió i discussió del projecte

Emplaçament: Centre d'atenció primària semiurbà. Abril 03- abril 04.

Subjectes: 30 pacients atesos i 3 professionals.

Mesures i intervencions: Es pretén afavorir l'aproximació biopsicosocial dels problemes basada en una relació professional-pacient equilibrada i amb un vincle emocional prou fort perquè es puguin pactar canvis de conducta i actituds saludables en un clima de confiança mútua. Les eines emprades són l'escolta activa i les recomanacions dels experts en comunicació i entrevista clínica.

Es mesura la capacitat de la UPS per assolir els objectius del projecte mitjançant metodologia qualitativa.

Resultats: S'han aconseguit noves perspectives diagnòstiques i terapèutiques en pacients "que no milloren"; desbossar situacions desbordants en la consulta; donar suport als pacients que necessiten més temps o un espai més relaxat per exposar les seves

queixes/demandes; formar els professionals en la comprensió de la realitat complexa de salut de cada pacient.

Conclusions: Crear espais d'escolta permet fer evidents les arrels psicosocials dels conflictes de salut aportats o detectats a la consulta i cuidar/protegir/promocionar els canvis adients per aconseguir objectius de salut pactats.

Immigrants a urgències: ens entenem?

Elisabetg Salsench Serrano; Laura Higuera Caballero; Inmaculada Gil Faure; Ángel Vila Córcoles; Cruz Maria Fuentes Bellido; Olga Ochoa.

ABS La Granja-Torreforta. Tarragona.

Objectius: Conèixer les dificultats de comunicació entre els facultatius i els immigrants que consulten al servei d'urgències d'atenció primària (AP).

Tipus d'estudi: Prospectiu observacional transversal.

Emplaçament: Atenció primària de salut

Subjectes: Mostra consecutiva de 56 immigrants de parla no hispana de qualsevol edat, que varen consultar al servei d'urgències d'un centre d'AP, als mesos de març i abril de 2004. Considerem immigrants a aquells que viuen fora del seu país d'origen.

Mesures i intervencions: Vàrem registrar variables socio-demogràfiques (edat, sexe, lloc d'origen i any d'arribada), domini de l'idioma, necessitat d'interlocutor, dificultats de comunicació i grau de pèrdua d'informació durant l'entrevista.

Resultats: El 57% eren homes i el 43% dones; el 12,5% tenia entre 0 i 7 anys, el 7,5% entre 8 i 18 anys, i el 80% majors de 18 anys. El 79% venia del Magrib, el 10% de l'Àfrica subsahariana i l'11% d'Europa. Al 44% els acompanyava un interlocutor (el 34% dels interlocutors tenia dificultats idiomàtiques). Entre els immigrants que varen acudir sense interlocutor, tenien moltes dificultats de comunicació el 35% i els que tenien dificultats intermèdies foren el 23%. Segons els facultatius es va produir una pèrdua d'informació al 28% de les visites i hauria estat necessària l'actuació d'un mediador cultural al 18% de les visites.

Conclusions: Malgrat que els immigrants vinguin acompanyats d'interlocutor, gairebé en la meitat de les visites, hi ha un dèficit important de comunicació metge-pacient; creiem que caldrien mesures per millorar i evitar els problemes que en podrien derivar.

Paraules clau: Immigrants, idioma, comunicació metge-pacient.

Epidemiologia dels events cardiovasculars en població general. Estudi de cohorts

Luis Hector Salas Gaetjens; Ricard Sánchez Pérez; Eva Altes Vaques; Marian de la Poza Abad; José Luis del Val García; José Miguel Baena Díez.

ABS Dr Carles Riba I SAP Sants-Montjuïc-Sarrià- Les corts-Sant Gervasi. Barcelona.

Objetiu: Estudiar l'epidemiologia dels events cardiovasculars (ECV) en un medi de baixa incidència com el nostre, atès que hi han pocs estudis prospectius.

Tipus d'estudi: Cohorts, prospectiva.

Emplaçament: Centre urbà, amb 34.343 històries clíniques (HC) en iniciar-se l'estudi.

Subjectes: 878 pacients, de 35 a 84 anys, sense ECV en iniciar-se el seguiment (gener 1998), seleccionats per mostreig aleatori simple de l'arxiu d'HC.

Mesures i intervencions: Es va estudiar si els pacients eren diagnosticats en un període de seguiment de 5 anys dels ECV següents: cardiopatia isquèmica (angor o infart agut de miocardi), malaltia cerebrovascular (accident cerebrovascular establert o accident isquèmic transitori) i arteriopatia perifèrica de les extremitats inferiors.

Resultats: Edat mitjana: 57,7 anys (DE 12,4), amb un 59,6% de dones. Es van presentar 21 casos de cardiopatia isquèmica, 13 de malaltia cerebrovascular i 8 d'arteriopatia perifèrica.

Incidència acumulada dels ECV estudiats

ECV	Incidència acumulada/ 1000 habitants/5 anys	IC95%
Almenys un ECV	4,7	3,4-6,3
Homes	5,4	3,2-8,2
Dones	4,2	2,7-6,3
Majors de 64 anys	8,0	5,2-11,6
Menors de 65 anys	2,9	1,7-4,7
Cardiopatia isquèmica	2,4	1,5-3,6
Malaltia cerebrovascular	1,5	0,7-2,5
Arteriopatia perifèrica	0,9	0,4-1,8

ECV: events cardiovasculars. IC95: interval de confiança al 95%.

Conclusions: La incidència d'ECV és relativament baixa al nostre medi, coincidint amb altres estudis com el del grup REGICOR. És més freqüent en homes i augmenta amb l'edat. El més freqüent ECV és la cardiopatia isquèmica.

Quin és el paper dels factors de risc cardiovascular en relació al risc de patir malalties cardiovasculars al nostre medi? Estudi prospectiu

Ricard Sánchez Pérez; Luis Héctor Salas Gaetjens; Eva Altes Vaques; Manel Garcia Lareo; José Luis del Val García; José Miguel Baena Díez.

ABS Carles Ribas i SAP Sants-Montjuïc-Sarrià-Les Corts-Sant Gervasi. Barcelona.

Objectius: Estudiar el paper dels factors de risc cardiovasculars modificables (FRCVM) en relació al risc de desenvolupar events cardiovasculars (EC) mitjançant un disseny prospectiu en un medi de baixa prevalença.

Tipus d'estudi: Cohort prospectiva.

Emplaçament: Àrea Bàsica de Salut urbana.

Subjectes: Els primers 878 pacients, lliures d'EC, que han completat un seguiment de 5 anys, seleccionats per mostreig aleatori simple i edats compreses entre 35-84 anys.

Mesures i intervencions: Per revisió de la història clínica i entrevista es van estudiar els FRCVM tabaquisme, hipercolesterolèmia, hipertriglicèridèmia, hipertensió arterial i diabetis mellitus i els EC cardiopatia isquèmica (CI), malaltia cerebrovascular i arteriopatia perifèrica de les extremitats inferiors. Es va calcular el risc coronari pel mètode de Framingham.

Resultats: Tenien els FRCVM les següents proporcions dels pacients: tabaquisme: 24,8%; hipercolesterolèmia:26,1%; hipertriglicèridèmia:12,1%; hipertensió arterial:40,5% i diabetis mellitus:15,3%. Es van presentar 41 casos d'EC (4,7% en 5 anys), desta-

cant per la seva freqüència la CI (2,4%). El risc de patir un EC es va correlacionar millor amb el mètode de Framingham (coeficient de correlació:0,139;p<0,001) que amb el nombre de FRCVM (coeficient de correlació 0,040;p=0,241). La magnitud del efecte del FRCVM fou baixa: tabaquisme:RR:1,2; IC95%: 0,9-1,4); hipercolesterolemia:RR:1,0 (IC95%: 0,8-1,1); hipertriglicèridèmia:RR:1,0 (IC95%: 0,9-1,2); hipertensió arterial: RR:1,3 (IC95%: 0,9-1,7) i diabetis mellitus: RR:1,1; IC95%: 0,9-1,3), ja que el factor més important fou l'edat.

Conclusions: Malgrat que els FRCVM són molt freqüents, es desenvolupen pocs EC, amb escassa correlació i magnitud del efecte. Es confirma per tant la anomenada "paradoxa mediterrània".

Les mans facilitadores de la comunicació

Lidia Riba Bellera; Teresa Isidro Barbero;
Salvadora Molina Cazorla

ABS VIA ROMA. Barcelona.

Utilitzem el TACTE TERAPÈUTIC i la REFLEXOLOGIA, eines naturals, prou conegudes i que actualment són innovadores, fruit d'una acurada metodologia.

Les mans ens faciliten la COMUNICACIÓ, ja que al tocar i explorar percebem sensacions i estímuls de la persona que afavoreixen la recollida de dades amb la valoració de les necessitats bàsiques i planificació de les cures individualitzades.

Objectius: Ajudar a expressar LES EMOCIONS per COMUNICAR el que sentim.

Ajudar a la PERSONA a confiar en els propis RECURSOS.

Disseny: Anàlisi de 137 casos (observacional, exploratori i descriptiu), Febrer 2000/ Maig 2001

Subjectes: Adults, 23 homes i 114 dones, edats entre 28 i 93 anys.

Material i mètode: Valoració d'Infermeria,(V. Henderson.). TACTE TERAPÈUTIC (D. Krieger). REFLEXOLOGIA (M. Carter) Mesures: E. valors 1/5 segons NOC-M.Johnson,M.Maas, S.Moorhead.)

Àmbit d'estudi: Població atesa, a domicili i en consulta.

Intervencions: Puntuals 78 persones, amb seguiment 59 persones.

Resultats: Benestar general, mitjançant la relaxació 100% (valors 3/5). Disminució dels processos dolorosos 81,3%(valors 3/5). Disminució de l'ansietat 94,9%(valors 3/5). Disminució de l'alteració del patró de la son 91,5%(valors 3/5).

Conclusions: Resultats satisfactoris manifestats per la mateixa persona. Tècniques facilitadores de la comunicació, relació d'ajuda i atenció integral. No interfereix en el pla terapèutic pautat pel metge, reforçant el seu compliment. Hens hem adonat que aquesta implementació és un valor afegit a l'assistència, millorant la qualitat d'atenció, així com el grau de satisfacció de la persona.

"L'experiència sense teoria és cega, però la teoria sense experiència és un simple joc intel·lectual", Kant.

Consulta de tabac per professionals sanitaris

Miguel Reche Bibiloni; Sandra Carbó Queralto;
Judith Parcet Solsona; Marta Soler Costa;
Marta D'Lacoste Farré.

EAP Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona.

Objectiu: Avaluar l'efectivitat d'una consulta de tabac als sis mesos.

Disseny: Estudi d'intervenció.

Emplaçament: Servei d'Atenció Primària d'una àrea urbana.

Subjectes: Personal sanitari/no sanitari que vulgui consell i/o tractament sobre tabac.

Mesures: Consulta de tabac en un Equip d'Atenció Primària. Recollida de dades: test de Fågerstrom, test de Richmon. Per a l'exploració física: balança, metro, esfigmomanòmetre, Smokerlitzer.

Resultats: La participació dels fumadors és del 5%. Filiació: edat mitjana: 43 anys; dones: 88%; metges: 22%; infermeres: 33%; administratius: 33%; auxiliars: 12%. Característiques de l'hàbit: edat mitjana d'inici: 17 anys; mitjana d'anys fumant: 26; cigarretes/dia: 17; intents de deshabitació: 2,5; temps màxim d'abstenció: 9 mesos; causes de recidiva: estrès laboral i actes socials; tractaments utilitzats: pegats de nicotina un 33% i xiclets un 11%; el 78% sense terapeuta; 2/3 parts viuen en ambient familiar fumador; > 50% pren estimulants i 1/3 part prenen begudes alcohòliques; el 70% té motivació alta; més del 50% té dependència lleu, i un 10% dependència alta. Total de segones visites, 66%; terceres visites, 44%; quarta o més, 22%. Tractaments utilitzats: entrevista motivacional: 100%; pegats de nicotina: 44% (xiclets: 75% dels casos); caramels: 24%; bupropió: 12%. Recaigudes: 66% (50% abans de 4 setmanes). Manteniment: 34% (66% més de 12 setmanes sense fumar i 34% més de 16 setmanes).

Conclusions: Els fumadors que acudeixen són, majoritàriament, dones d'edat mitjana amb motivació alta/dependència lleu, amb > 2 intents previs per deixar l'hàbit sense terapeuta. No s'observen diferències segons professió. La majoria van requerir tractament farmacològic, els pegats van ser els més utilitzats. Només un de cada quatre pacients continua a la consulta després de la tercera visita a causa, principalment, de recaiguda per estrès laboral i/o familiar.

Noves demandes del pacient atrapat en el discurs biòlegista sanitari

Paloma Camós Guijosa; Ramona Tigell Gironès;
Amàlia Morro Grau; Pilar Medina Bravo;
Núria Sarrà Manetas.

Objectius: Descriure l'emergència de noves demandes de pacients amb malestar psíquic lleu atesos en una Unitat Psicosocial (UPS) d'un centre d'atenció primària (CAP).

Tipus d'estudi: Descriptiu transversal.

Emplaçament: CAP semiurbà. Abril 03-Abril 04.

Subjectes: 30 pacients majors de 15 anys atesos a la UPS.

Mesures i intervencions: Es recullen dades demogràfiques dels pacients; es classifiquen els fets biogràfics significatius segons l'escala de Holmes; s'analitza la demanda seguint el mateix itinerari: l'atena a la Unitat Bàsica Assistencial (UBA), la derivada a la UPS, i la reformulada dins el context d'abordatge psicosocial. Es recullen els objectius d'intervenció plantejats i el seu grau d'assoliment segons una puntuació de l'1 al 5. També s'analitza si el tipus d'intervenció ha estat adequat en funció de l'etapa de canvi del pacient.

Resultats: L'edat mitjana és de 39anys (rang 17-64) amb 90% dones; cada pacient presenta una mitjana de 14,9 problemes de salut i d'1,54 problemes psicosocials recollits per la UBA, el més freqüent dels quals és la distímia; el primer motiu de derivació a UPS és la depressió, seguit de les transicions vitals amb símptomes; per cada pacient es recullen de mitjana 3,93 demandes noves; les demandes reformulades que afecten més el pacient són la manca de maduresa afectiva (17,9%) i d'autonomia (10%); les dificultats més prevalents són la manca d'insight (46%), de recur-

sos personals(32%) i el deteriorament de relacions significatives(32%). El grau mitjà d'assoliment dels objectius s'ha puntuat en 3,1. El 46% de les intervencions s'emmarcaven en fases preconceptives.

Conclusions: Quan a l'atenció primària es crea un espai d'escolta interactiva emergeixen noves demandes psicosocials que permeten una intervenció més integral. El grau d'assoliment queda condicionat a una adequada correspondència entre estratègies d'intervenció i les fases de canvi del pacient.

Pren herbes, vostè?

Sílvia Membrilla Pastor; M^a Dolors Peleato Catalán; M^a José González Irigoyen; M^a José Vecina Tormos; Nuria Pérez Gutiérrez; Neus Parellada Esquiús.

ABS Prat-1. El Prat de Llobregat.

Objectius: Conèixer la prevalença de consum d'herbes medicinals.

Tipus d'estudi: Descriptiu transversal.

Emplaçaments: Centre de Salut urbà.

Subjectes: Pacients majors de 18 anys, sense demència, que venen a consulta amb cita prèvia i tenen diabetis, dislipèmia i/o hipertensió.

Mesures i intervencions: S'administra enquesta que valora sexe, edat, patologia concomitant, IMC, fàrmacs consumits, seguiment controls d'infermeria, consum d'herbes, qui les ha prescrites i amb quina presentació. Se seleccionen 269 pacients aleatòriament entre març i abril de 2004.

Resultats: Prenia herbes el 60%, amb mitjana de 2,5. El 69 % eren dones, de les quals el 67% prenien herbes en front el 43 % dels homes ($p<0,0001$). Mitjana edat 65. Mitjana IMC 30, sense diferències respecte al consum. Eren diabètics 27%, dels quals el 48% consumia en front el 64% dels no diabètics ($p=0,02$). Presentava dislipèmia 61%, dels quals el 60% era consumidor. Presentava hipertensió el 72%, dels quals el 58% prenien herbes.

Les més consumides: 29% camamilla (87,7% per iniciativa pròpia, 75% manufacturada), 21% til·la (81% iniciativa pròpia, 91% manufacturada), 18% poliol (81% prescripció pròpia, 68% manufacturada), 9% farigola (74% iniciativa pròpia, 83% a granel), 7% menta (79% iniciativa pròpia, 68% manufacturada). Altres: valeriana 6%, té verd i maria lluisa 5%, romaní 4%, anís 3%, cua de cavall, senet, té vermell 3%, comí 2%.

Conclusions: Més de la meitat dels pacients prenen herbes, la majoria per voluntat pròpia, preferentment manufacturada. No és despreciable el consum a granel, amb el risc addicional que això comporta.

Què fem amb els residus sanitaris als domicilis? Encara podem millorar molt

Bernadette Molina Grabulosa; Alicia Coidures Charles; José Luis del Val García.

ABS Dr. Carles Ribas i SAP Sants-Monjuïc-Sarrià-Les Corts- Sant Gervasi. Barcelona.

Objectius: Avaluat la destinació dels residus sanitaris (RS) en els domicilis d'infermeria.

Tipus d'estudi: Descriptiu transversal.

Emplaçament: Estudi multicèntric, realitzat en 9 ABS.

Subjectes: La totalitat dels diplomats d'infermeria dels ABS estudiats (n:138).

Mesures i intervencions: Mitjançant una enquesta autoadministrada amb un reenviament a les 2 setmanes es van estudiar les variables edat, sexe, tipus de personal i consulta, vacunació hepatitis B, nombre i tipus de RS (última setmana), proporció de RS deixats al domicili i antecedent d'accident amb RS.

Resultats: Es van rebre 77 enquestes (55,8%). Edat mitjana:46,4 anys (DE 8,5), amb un 92,2% dones. El 93,5% era personal reformat i el 76,3% treballava en medicina general. Vacunats de l'hepatitis B: 80,5%. La mitjana de domicilis l'última setmana fou de 4,7 (DE 3,2) i la de domicilis amb RS de 3,1 (DE 2,6). Tipus més freqüents de RS: guants: 89,6%;agulles xeringues/lancetes: 85,7%; gases/apòsits: 85,7%; xeringues plàstic: 76,6%; vials vidre: 66,2%; xeringues precarregades: 55,8%. Es deixaven al domicili els RS: guants: 89,9%; agulles xeringues/lancetes: 72,7%; gases/apòsits: 92,4%; xeringues plàstic: 84,7%; vials vidre: 90,2%; xeringues precarregades: 88,4%. Accidents previs amb RS: 14,5%.

Hi havia diferències significatives ($p<0,05$) entre les professionals de 27-47 anys (percentil 50) i 48-59 anys en la proporció de vacunats (91,7% i 73,7%, respectivament) i proporció d'agulles (83,9% i 60,6%, respectivament) i bisturis (66,7% i 25,0%, respectivament) deixades al domicili, sense diferències per sexe, tipus de personal i consulta.

Conclusions: La majoria de visites domiciliàries originen RS. Amb freqüència la conducta no és la més adient. Cal implementar mesures per millorar el tractament del RS.

Indiquem correctament els bifosfonats per tractar l'osteoporosi?

Bibiana Contreras Raris; Antoni Serra Torres; Salvador Sitjar Martínez de Sas; Josep Miquel Sotoca Mombllona; Xavier Otero Serra; Ignacio Menacho Pascual.

CAP Les Corts Barcelona.

Objectius: Analitzar la indicació en la prescripció de bifosfonats per tractar l'osteoporosi a l'Atenció Primària, descriure les característiques dels pacients tractats i valorar l'impacte econòmic.

Tipus d'estudi: Estudi d'utilització de medicaments prescripció-indicació, observacional descriptiu retrospectiu.

Emplaçament: ABS urbana.

Subjectes: Pacients amb prescripció de bifosfonats per al tractament de l'osteoporosi.

Mesures i intervencions: Mitjançant el programa OMI-AP es van identificar tots els pacients (n =555) als que es va prescriure bifosfonats durant 11 mesos (gener-novembre de 2003). Variables analitzades: edat, sexe, fractures prèvies, densitometria òssia (DMO), indicació de la prescripció segons evidències científiques disponibles (guia clínica *Management of osteoporosis*, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2003) i cost de les prescripcions. L'anàlisi estadística es va realitzar amb el programa SPSS 10.0.

Resultats: L'edat mitjana dels pacients era 67,9 anys (DE:10,5) i el 93% eren dones. Un 26,1% havia presentat fractures i un 62,2% tenia DMO. La indicació era correcta en el 57,1%. De les indicacions incorrectes (42,9%), un 81,1% no tenia DMO i un 18,5% tenia fractures prèvies. El cost total de les prescripcions durant els 11 mesos va ser de 180.827,97 €, corresponent 69.778,95 € (38,6%) a prescripcions no indicades.

Conclusions: La majoria de pacients que prenen bifosfonats eren dones, i en gran part no hi havia evidències científiques del benefici de la prescripció, sobretot per manca de DMO. Hem de tenir en compte, però, que hi ha altres factors que condicionen la prescripció del metge en la pràctica clínica. Es planteja fer una intervenció per millorar la indicació, analitzant posteriorment el seu impacte tant clínic com econòmic.

Paraules clau: Bifosfonats, indicació, cost.

Prevalença d'hipertensió arterial i altres factors de risc cardiovascular en població filipina adulta atesa en un centre d'atenció primària urbana

Eva Puig de la Bellacasa Bueno; Núria Puigbó Serra; Isabel Pie Barrufet; Berta Montsalvatge Rocamora; Carme Pereira de la Fuente; Esperanza Manzano Prado.
Dr Lluís Sayé. Barcelona.

Objectius: Estimar la prevalença detectada d'hipertensió arterial (HTA) i altres factors de risc cardiovascular a la població filipina atesa. Comparar les característiques sociodemogràfiques i clíniques entre hipertensos i no hipertensos.

Tipus d'estudi: Estudi transversal.

Emplaçament: Atenció Primària.

Subjectes: Població filipina major de 14 anys, amb història clínica (HC) oberta al centre. (N=840).

Mesures i intervencions: S'ha revisat una mostra aleatòria sistemàtica de 445 HC (confiança 95%; precisió 5%), recollint-se les variables: edat, gènere, situació laboral, HTA i presència de factors de risc cardiovascular (FRCV).

Resultats: L'edat mitjana va ser de 39 anys (IC95%:38.1-40.0). Es va detectar un 14% (IC95%:11.3-18.0%) d'hipertensos, un 52% (IC95%:48.0-57.3%) de no hipertensos, un 5.2% (IC95%:3.5-8.0%) amb diagnòstic incomplet i un 28% (IC95%:24.0-32.0%) on no constava. Al grup de 35-65 anys la prevalença d'HTA era 22.7% (IC95%:17.7-28.3), concentrant el 90.6% dels hipertensos. Altres FRCV registrats: tabaquisme, 16.9%; dislipèmia, 14.8%; obesitat, 4.9%; diabetis, 3.6%. El 18.2% tenia antecedents familiars d'HTA.

Comparació dels FRCV i les característiques sociodemogràfiques detectats/des:

	Hipertensos (n=64)n(%)	No hipertensos (n=234)N(%)	P
Homes	20(31,3)	76(32,5)	0,85
Situació laboral (actius)	40(62,5)	170(72,6)	0,11
Família a Filipines	17(26,6)	42(17,9)	0,13
Fumadors	14(22,2)	39(16,7)	0,33
Obesos	7(10,9)	12(5,1)	0,09
Diabetis	8(12,5)	8(3,4)	<0,01
Dislipèmia	28(43,8)	27(11,5)	<0,01
Antecedents familiars d'HTA	24(37,5)	39(16,7)	<0,01

L'edat mitjana era de 48 anys per als hipertensos i de 37 anys per als no hipertensos (P<0.01).

Conclusions: La població filipina estudiada és jove, probablement per això el cribatge d'HTA és baix. Aquests factors i una prevalença d'HTA en el grup de 35-65 anys lleugerament superior a l'espanyola per aquestes edats apunten que la prevalença real ha de ser superior a la detectada. L'associació significativa entre HTA i diabetis, dislipèmia i antecedents familiars d'HTA aconsellaria el cribatge precoç d'aquesta població.

Estudi descriptiu del consum de marihuana a una àrea bàsica de salut

Maria Planas Font; Yolanda Macau Pujol; Noemí Moliné Vila; Monteserrat Mas Marqués; José Cristobal Buñuel Álvarez.
ABS Girona 4. Girona.

Objectiu: Determinar la prevalença del consum de marihuana entre la població atesa en una Àrea Bàsica de Salut; establir la seva relació amb el consum d'altres substàncies.

Tipus d'estudi: Descriptiu transversal.

Emplaçament: Atenció primària.

Subjectes: 467 enquestes realitzades en el context del programa APOC (Atenció Primària Orientada a la Comunitat).

Mesures i intervencions: Variables: edat, sexe, consum marihuana, alcohol, cocaïna, heroïna, amfetamines, tabac (mai, caps de setmana, ocasional, durant tota la setmana). Les variables de consum, per tal de poder comparar-se entre si, van dicotomitzar-se (no consum - algun consum). Estadística: descriptiva, Interval de Confiança 95% (IC 95%), χ^2 , t d'Student-Fisher.

Resultats: 98 persones-21% (IC 95%: 17,3%-24,7%) han tingut contacte amb la marihuana en alguna ocasió. D'aquestes, 52 els caps de setmana, 32 de forma ocasional, i 14 durant tota la setmana. L'edat dels consumidors va ser inferior a la de la dels no consumidors (26 vs 28,2, P<0,0001). Els homes consumeixen més que les dones (32% vs 13,2%, P<0,000001). El consum de marihuana està associat amb un major consum d'alcohol (P<0,000001), tabac (P<0,000001), cocaïna (p<0,000001) i amfetamines (P<0,000001).

Conclusions: El consum de marihuana està molt estès en l'àmbit d'aquest estudi. La seva associació amb consum d'altres substàncies fa necessari la posada en marxa de programes específics d'educació sanitària que impliquin tot tipus d'agents socials, no només al personal sanitari.

Remeis naturals i medicaments: associació innocent?

MC Mayorgas Mayorga; MJ González Moneo; X Cos Claramunt; F Sancho Almela; A Conesa García; R Poza Martínez.
CAP S Martí. Barcelona.

Objectius: Conèixer si hi ha interaccions farmacològiques entre els remeis naturals i els medicaments que prenen els individus de dues àrees bàsiques de salut.

Disseny: Estudi descriptiu transversal.

Àmbit de l'estudi: Dues àrees bàsiques de salut urbanes.

Subjectes: 431 individus seleccionats aleatòriament entre la població adulta (>14 anys) de dos centres de salut.

Material i mètodes: Enquesta postal sobre remeis naturals i medicaments registrant edat, sexe, tipus, motiu, qui ho aconsella, fàrmacs, interaccions i qüestionari sobre qualitat de vida percebuda SF36.

Resultats: Enquestes rebudes 145: contestades 114, no vàlides 31. Edat mitjana 53,5119,4. Dones 88 (60,7%). La mitjana de remeis per persona és de 22, millorant 52 (45,6%), sent utilitzats per 73 (66%); gairebé sempre 7 (6%), sovint 22 (20%), alguna vegada 44 (40%). Motius de l'ús: refredat 57 (31,1%), digestió 26 (14,2%), nervis 27 (14,8%) aconsellats per la família 66 (36,1%), herbolari 20 (10,9%). Les herbes tradicionals són els més utilitzats

115(62,9%). Prenen fàrmacs 66 pacients (57,9%), no en prenen 31 (27,2%), no contesten 17 (14,9%). Van trobar interaccions en 7 casos (7,9%) dels 28 (16,1%) que poden ser potencialment interactius i 10 remeis (5%) de composició desconeguda. Els individus que fan servir remeis naturals prenen menys fàrmacs ($p=0,001$), i tenen millor percepció de qualitat de vida mental ($p=0,02$).

Conclusions: El consum de remeis naturals s'associa a una millor qualitat de vida mental percebuda. En pacients amb tractaments farmacològics caldria preguntar sobre l'ús de remeis naturals.

Inmigració irregular: més ansietat i depressió?

Silvia Barro Lugo; Anna Barro Lugo; Montse Saus Arús; Montse Fons Martí.

Panem, CAP Larrard.

Objectiu: Determinar el grau d'ansietat/depressió d'immigrants en situació irregular.

Estudi: Descriptiu (enquesta transversal)

Emplaçament: Consulta d'Atenció Primària a immigrants irregulars sense targeta sanitària.

Subjectes: Immigrants visitats de setembre-desembre 2003, derivats per Salut i Família: inicialment valorats per una mediatra cultural qui determina les necessitats de l'immigrant derivant-lo a Medicina Tropical, Salut Mental o a Primària. Els immigrants atesos no tenen, inicialment, patologia psiquiàtrica.

Mesures: Es passa el test de Goldberg d'ansietat/depressió. Variables: edat, sexe, país d'origen, temps d'estada al país, habitatge, situació laboral, comprensió del castellà i motiu de consulta. Anàlisi amb SPSS.

Resultats: Es registren 27 pacients (63% homes, 37% dones). Edat mitja: 32,89 anys. Mitjana de temps d'estada: 17,59 mesos. Només el 29,6% té algun familiar al país. El 66,7% viu en pisos compartits; 32% viu en pensions (Creu Roja) o al carrer. El 48% utilitza el castellà com a primera llengua, 29,6% l'entén amb dificultats i 22,2% no l'entén. Un 55,6% no té feina; la resta treballa irregularment. 51% presenta ansietat i 40,7% depressió (més freqüent en dones).

Conclusions: Les prevalences d'ansietat i depressió són més elevades que les de la població general (a Catalunya depressió 14,5% i ansietat 11,3%). Respecte al sexe segueixen el mateix patró que la població autòctona. Cap variable va ser estadísticament significativa per relacionar-se amb el fet de patir ansietat/depressió, però s'observa una tendència a patir més ansietat a més desconeixement de l'idioma i més depressió a major temps d'estada i a manca de feina. Cal facilitar l'accés d'aquesta població al sistema sanitari i valorar depressió/ansietat secundàries a la immigració i a la situació d'irregularitat.

Són prevalents els problemes psicosocials a la població demandant?

Alfons Martínez Martínez; Alex Verdú Navarro; M^a del Carmen Yuste Marco; Montserrat Montasell Perez; Francesc Solé Sancho; Josep Maria Bonet Simó.

CAP Badia. Badia del Vallès.

Objectius: Conèixer la prevalença de problemàtica psicosocial a la població demandant. Conèixer el perfil dels pacients amb problemàtica psicosocial.

Tipus d'estudi: Estudi descriptiu transversal.

Emplaçament: Centre de Salut urbà.

Subjectes: Pacients majors de 14 anys, que van acudir al centre els mesos de gener i febrer de 2003. Es van seleccionar de forma aleatòria per a cada dia de la consulta. Criteris d'exclusió: incapacitat per contestar els qüestionaris i/o negació a participar en l'estudi.

Mesures i intervencions: Es van valorar edat, sexe, estat civil, escolarització, estat laboral, etapa del cicle vital familiar (CVF), funció familiar mitjançant el test d'Apgar familiar, esdeveniments vitals estressants mitjançant l'escala de reajustament social de Holmes i Rahe (RS), problemàtica psicosocial valorada amb el qüestionari de salut general de Goldberg (GHQ-28) amb punt de tall 6/7.

Resultats: 152 pacients, 63,2% dones, edat $45,7 \pm 15,69$ anys. La prevalença de problemàtica psicosocial és de 52,6% (IC 95%: 44,4 - 60,7). Els pacients amb problemàtica psicosocial, tenen més disfunció familiar ($p < 0,0001$), més dislocacions al cicle vital familiar ($p < 0,001$), més freqüentació a la consulta ($p < 0,013$) i més esdeveniments vitals estressants ($RS > 150$ punts) ($p < 0,0001$). Per a la resta de variables no hi havia diferències significatives.

Conclusions: Alta prevalença de problemàtica psicosocial a la població demandant, que ens dona una idea del gran pes dels problemes socials a la consulta d'Atenció Primària. Els pacients de risc de patir aquests problemes són els hiperfreqüentadors, amb alteració de la funció familiar i del cicle vital familiar i que han patit esdeveniments vitals estressants.

Adolescents i salut mental

Pilar Montero Alía; Celia Tajada Vitales; Paula Alba Méndez; Daniel García Tristante; Enriqueta Pujol Ribera; Silvia Calvet Junoy.

ABS la Mina. Sant Adrià de Besòs.

Objectiu: Descriure la patologia psiquiàtrica dels adolescents derivats des de l'Equip d'Atenció Primària i atesos en un equip de salut mental (ESM).

Tipus d'estudi: Descriptiu transversal.

Emplaçament: Centre d'atenció primària urbà.

Subjectes: Tots els joves de 12 a 22 anys atesos a ESM durant l'any 2003 (n:82).

Mesures i intervencions: Edat, sexe, origen de derivació, motiu de derivació, diagnòstic ESM, tractament farmacològic, anys d'evolució, estructura familiar, adherència ESM i metge de família.

Resultats: Adolescents atesos 82, 51,2% homes amb mitjana d'edat 17,1 (DE 2,82). El 91,5% són derivats pel metge referent (pediatra o metge de família). Motius de derivació: 29,3% trastorns afectius, 25,6% trastorns del comportament, 8,1% somatitzacions. Diagnòstic ESM: 50% trastorn afectiu, 20,7% trastorn del comportament, 6,1% problemes relacionals. El motiu de derivació i el diagnòstic ESM coincideixen en el 70% de trastorns afectius i somatitzacions ($p < 0,05$). Als menors de 17 anys (n:36) predominen trastorns del comportament (36,1%), en els majors (n:46) trastorns afectius (39,1%). Reben tractament farmacològic el 41,3% de majors de 17 anys vs 11,1% dels menors ($p < 0,05$). El 42,7% són casos nous; la mitjana de temps d'evolució de la resta és de 4,6 anys (DE 3,6). Situació familiar de risc 61,3%. El 50% incompleix visites de seguiment a ESM. El 75% se segueix visitant pel seu metge referent.

Conclusions: En la població estudiada, les patologies més freqüents són els trastorns de l'estat d'ànim i del comportament. En gairebé 2/3 s'observa situació familiar de risc. La meitat segueixen les visites del ESM i 3/4 es visiten amb el metge referent.

Ús de teràpies alternatives o complementàries a una ABS

David López Heras; Olga Ruis Ruieda; Xavier Fernández Bonet; Yolanda Rando Matos; José Luis Ballvé Moreno; Xavier Monteverde Curto.

ABS Florida Nord. L'Hospitalet de Llobregat.

Objectius: Estudiar l'ús de teràpies alternatives o complementàries (TAC) a una ABS.

Tipus d' estudi: Descriptiu transversal.

Emplaçament: ABS urbana amb 19660 HCAPS > 15 anys.

Subjectes: Mostra aleatòria de 440 persones ateses al 2002-2003.

Mesures e intervencions: Enquesta telefònica: edat, sexe, nivell socioeconòmic, ús de TAC, visita terapeutes alternatius (TA), tipus de TAC, motiu consulta TA, satisfacció amb metge de família (MF) i amb TA.

Resultats: 237 vàlids; 62% dones; edat 55,90±20,16. 67(28,27% IC 95% 22,5-34,0)) havien utilitzat l'últim any alguna TAC; 63(26,6% IC95% 21,0-32,2) prenien alguna TAC (herbes medicinals 81,7%, homeopatia 8,7%, flors de Bach 5,63%, altres 4,2%) dels quals 73% no havia consultat a cap TA. 31(13,1% IC95% 8,8-17,4) havia consultat algun TA, 14(6,3%) l'últim any. 64,5% no ho va comunicar al seu MF. Els TA més consultats: acupuntors 9, homeòpates 8, metges naturistes 6, quiromassatgistes 6, altres 6. El 32% dels TA eren metges. Motius de consulta: 12 osteoarticulars, 10 ansietat-depressió, 6 obesitat, 8 altres. Grau de satisfacció (0-10) amb TA(6,81) amb MF (7,19) va ser similar. El 61% continuava consultant el MF. 58,1% tornaria al TA. El que més valoren de les TAC: menys efectes secundaris 27, més efectives 18, s'ocupen del seus problemes 9; més naturals 5, altres 11.

EL 51,9% opina que el TA hauria de ser metge. El 72,6% pensa que haurien d'estar finançades.

Consulten més al TA: > nivell d'estudis (universitaris 41,2% p<0,002), són més joves (p<0,026), classe social elevada (p=0,097) i consumeixen més TAC les dones (p=0,073).

Conclusions: Prevalença d'ús major a més nivell d'estudis, classe social, més joves i dones. Els motius de consulta més freqüents són osteoarticulars i emocionals. Escassa comunicació amb el MF sobre l'ús de TAC.

Intervenció activa contínua antitabac en pacients diabètics.

Esther Valentín Moya; Juan José Montero Alia; Josep Auba Llambrich; Rosa Pérez Villegas; Esther Fernández Pérez; M^a Concepció Trilla Soler.

Mataró 7. Mataró.

Objectius: Avaluar l'efectivitat de la intervenció activa antitabac en pacients diabètics.

Material i mètodes: Estudi d'intervenció realitzat en una ABS urbana.

Subjectes: Diabètics tipus 1 i 2 enregistrats al centre.

Intervenció: Mitjançant enquesta telefònica "emmascarada" es van seleccionar els pacients diabètics fumadors. Es van citar per fer una intervenció antitabac consistent en consell personalitzat sistemàtic, determinació grau dependència, tractament substitutiu i seguiment ambulatori-telefònic durant 12 mesos amb controls de cooximetria.

Resultats: De 661 diabètics, el 11,8% (78) són fumadors. Edat mitjana 56,8 (±11,9). El 85% són homes. Consum mitjà de 20,6 cigarretes/dia. El 83% va accedir a fer l'entrevista al centre (n:65), però només 36 es van presentar. El grau de motivació mitjà era de 5,5/10 i el de dependència de 6/10. Després de 6 mesos de seguiment el 22% (8 de 36) ha deixat de fumar.

Conclusions: Hem aconseguit un 22% d'abstinència en diabètics d'edat avançada als 6 mesos de seguiment. S'ha de tenir en compte que en població general s'assoleixen abstinències del 17% (13 al 19%) als 12 mesos. L'esforç per ambdues parts ha estat important, però val la pena fer-lo en pacients d'elevat risc cardiovascular.

Sanitat i serveis socials, un objectiu comú per al futur.

Montserrat Iglesias Solé; Àngels Vázquez Senan; Joaquim Pellejà Pellejà; Carles Rodríguez Pago.

ABS Alt Camp Oest: Alcover.

Objectiu principal: Valoració de la problemàtica sociosanitària dels usuaris dels serveis socials de l'Àrea Bàsica de Salut, durant l'any 2003.

Objectius secundaris: Freqüentació de la consulta de la treballadora social. Tipus de visites realitzades.

Tipus d'estudi: Estudi de casos.

Emplaçaments: ABS rural de 5.500 habitants.

Subjectes: Persones usuàries dels serveis socials de l'ABS.

Mesures i intervencions: Mostra de 110 casos, amb anàlisi individual i aplicació d'enquesta elaborada en funció dels objectius de l'estudi.

Resultats: Dels 110 casos, el 82,7 % presenta malaltia física crònica, aproximadament el 60% manca d'autonomia. El 49,09 % presenta les 2 variables a la vegada, i d'aquests el 46 % té més de 66 anys. Cal dir que en aquesta enquesta han sorgit altres problemàtiques menys prevalents, alhora associades als resultats principals. Freqüentació (visites/cas): 2,63 visites.

Tipus de visites: 110 primeres visites, 290 visites de seguiment i 54 visites domiciliàries.

Conclusions: L'augment de l'esperança de vida així com canvis a nivell de la societat, tant en l'estructura com en el paper de la família, i les millores en la supervivència de les persones amb malalties cròniques, a causa principalment dels avenços en tractament i suport, han conduït a noves necessitats sanitàries i socials. És per això que hi ha la necessitat de donar una resposta sociosanitària a aquelles persones o famílies que pateixen un problema de salut mitjançant els recursos sanitaris i socials existents.

Diferències en el tractament anticoagulant o antiagregant en la fibril·lació auricular

Miriam Boira Costa; Josep Maria de Magriñà Claramunt; Yolanda Ortega Vila; Francisco Martín Luján; Meritxell Ricart Sancho; Teresa Basora Gallisà.

SAP Reus-Altebrat. Reus.

Objectiu: Avaluar les variables que poden influir en el tractament amb anticoagulants orals (ACO) i àcid acetilsalicílic (AAS) en els pacients diagnosticats de fibril·lació auricular (ACxFA).

Disseny, subjectes i àmbit: Estudi observacional, transversal i multicèntric (4 centres) a l'atenció primària.

Material i mètodes: Mitjançant mostreig sistemàtic de la població major de 15 anys atesa al 2003, se seleccionen els subjectes diagnosticats d'ACXFA. S'informatitzen les variables d'edat, sexe, tractament, factors de risc, malaltia cardiovascular i insuficiència cardíaca. Es realitza anàlisi descriptiva i multivariant i s'accepta com a significatiu un valor de $p < 0,05$.

Resultats: S'avaluen 148 individus amb una edat mitjana de $78,62 \pm 8,4$ anys (43,2% homes). Respecte al tractament, 66 casos utilitzen teràpia amb ACO (44,6%) i 44 AAS (29,7%). En comparar ambdós grups s'evidencien diferències significatives respecte a l'edat (ACO: $75,6 \pm 8,2$ anys, front AAS: $79,7 \pm 7,9$; $p < 0,001$) i la prevalença de malaltia cerebrovascular (ACO: 66,7% front AAS: 22,2%; $p = 0,031$), que no es van confirmar respecte al sexe, hàbit tabaquic, antecedents d'hipertensió, diabetis i malaltia coronària. En realitzar l'anàlisi multivariant tot ajustant per sexe i factors de risc, només l'edat es demostrà com variable predictora del tractament amb ACO (OR: 1,3; IC95%: 1,07-1,6).

Conclusions: Aproximadament la meitat dels pacients amb ACXFA es tracten amb ACO. Aquests subjectes tenen una mitjana d'edat inferior als tractats amb AAS i ja presenten antecedents de patologia cerebrovascular. Malgrat els ACO es mostren més efectius en els subjectes d'edat avançada, al nostre medi, precisament l'edat podria ser el factor limitant per la seva indicació.

La manca de temps obstaculitza en atenció primària el fet de passar tests de valoració del deteriorament cognitiu (DC) (com el test de Pfeiffer: TP). Calen eines prèvies de cribratge breus.

Laura Belmonte Calderón; Pilar Monteagudo Caba;
M^a Asunción Muñoz de Escalona Padial;
Ana Vandellós Belmonte; Miguel Ángel Fuentes Pérez;
Eliseu Castell Fríguls.

CAP Maragall. Barcelona.

Objectiu: Valorar les característiques d'un test mínim (T^mM^m) de cribratge del DC, comparat amb TP.

Tipus d'estudi: Transversal.

Emplaçament: Tres consultes d'un CAP urbà.

Subjectes: Pacients de 65 anys o més atesos entre el 26 i el 30 d'abril del 2004. Exclusions: demència o DC ja diagnosticats. N:109.

Mesures i intervencions: Administració indistinta pels metges i infermeres del TP i d'un T^mM^m: repetició al minut de tres paraules: "pilota, bandera, arbre" fixades prèviament pel pacient. Variables: puntuació TP (0-10, segons encerts), puntuació T^mM^m (0-3, segons nombre de paraules recordades) i variables sociodemogràfiques. Amb TP classificarem els pacients en: normals (TP:8-10), DC lleu (6-7), DC moderat (3-5) i DC greu (0-2). Explotació dades: SPSS.

Resultats: Mitjana d'edat: 77,1 anys, dones: 60,5 %, 12,8 % (segons TP) amb algun grau de DC. Agafant 1-2 com a punt de tall del T^mM^m 0-1 és DC i 2-3 és normal, el valor predictiu negatiu és 93,2 % i el positiu 40 %.

Conclusions: Xifra important de DC no diagnosticat. Un T^mM^m de 0-1 ens empeny a administrar qüestionaris validats d'administració més llarga per poder confirmar DC. Si bé no exclou DC, un T^mM^m = 2-3 és útil, conjuntament amb el judici clínic, per tal de no haver d'administrar més tests. Cal només un minut per a la seva aplicació. Caldria validar el T^mP^m

Avaluació d'un programa pilot de diagnòstic ràpid en càncer de còlon.

Pilar Solans Julian; Antoni Sisó Almirall;
Daniel Carrach Salami; Lluïsa Moro Esteban;
Josep Camp Herrero; Josep Maria Piqué Badia.

CAP Les Corts. Barcelona.

Objectiu: Avaluació d'un Programa Pilot de Diagnòstic Ràpid (PDR) en pacients amb sospita de càncer de còlon fent una aproximació als intervals temporals en el diagnòstic de la malaltia.

Tipus d'estudi: Estudi retrospectiu de casos.

Emplaçament: ABS urbana amb una població censada de 32.000 habitants.

Subjectes: Casos inclosos en el circuit del PDR durant l'any 2003. Als pacients inclosos se'ls practicava una fibrocolonoscòpia (FCS). El circuit del PDR era conegut i consensuat per l'EAP i per l'hospital de referència.

Resultats: 72 pacients van ser inclosos en el PDR, 31 homes (43%) i 41 dones (57%), amb una edat mitjana de 73,1 anys (44-92) en els homes i 64,3 (26-87) en les dones. 3 pacients no van acceptar la FCS, i van quedar exclosos del PDR. Dels 69 casos restants, es van detectar 9 casos (13%) on la FCS objectivà neoplàsia maligna de còlon, 1 cas (1,5%) amb carcinoma *in situ* i 59 casos (85,5%) amb FCS negativa. En els casos amb FCS positiva, els intervals en el diagnòstic varen ser els següents:

Entre visita amb el metge de família i sol·licitud de la prova, de 0 dies (0-2). Entre sol·licitud de FCS i realització de FCS, d'11 dies (1-41). Entre realització de FCS i obtenció de resultat, de 4 dies (2-21).

Conclusions: Es detecta un elevat percentatge de casos amb neoplàsia de còlon que pot justificar l'establiment de programes de diagnòstic específics. Malgrat els intervals de diagnòstic són acceptables, caldrà valorar la possibilitat d'implantar en el futur un programa específic que prevegi la disminució de la possible demora en el tractament.

És oportú aplicar els criteris del 7è JNC a la nostra població?

Miriam Boira Costa; Josep Maria de Magriñà Claramunt;
Yolanda Ortega Vila; Francisco Martín Luján;
Meritxell Ricart Sancho; Teresa Basora Gallisà.

SAP Reus-Altebrat. Reus.

Objectiu: Avaluar l'impacte de les recomanacions del 7è informe del Joint Nacional Committee (7JNC) en la classificació i estratificació del risc dels subjectes atesos al nostre àmbit.

Disseny, subjectes i àmbit: Estudi observacional, transversal i multicèntric (4 centres) a l'atenció primària.

Material i mètodes: Mostreig sistemàtic de subjectes de 35-74 anys atesos al 2003, diagnosticats d'hipertensió o normotensos amb pressió arterial (PA) sistòlica i diastòlica $< 140/90$ mmHg. S'informatitzen: edat, sexe, tabaquisme i factors de risc, PAS, PAD, glicèmia, perfil lipídic i càlcul de RCV segons l'equació Framingham.

Resultats: S'analitzen 754 individus amb edat mitjana de $59,94 \pm 19,8$ anys (55,4% dones), 41 (5,4%) fumadors, 216 (28,7%) diabètics, 264 (35%) dislipèmics i 222 (30%) obesos. Estratificant segons PA, 308 subjectes (40,8%) presentaven xifres $< 120/80$ mmHg, 135 (17,9%) entre 120-129/80-84, 142 (18,8%) entre 130-139/85-89 i 169 hipertensos (22,3%) amb bon control. Comparant

aquests quatre grups s'evidencien diferències en la prevalença de tabaquisme (7,7% vs. 4,4% vs. 6,3% vs. 1,8% p=0,04), diabetis (22% vs. 23% vs. 32,3% vs. 41,3%; p<0,001), l'edat (54,4±22,8 anys vs. 55,4±19,2 vs. 62,9±15,8 vs 71,05±10,4; p<0,001) i nivell de colesterol (195,3±36,2 mg/dl vs. 204,3±43,9 vs. 211,9±36,4 vs 207,7±42,2; p=0,002). El risc cardiovascular augmenta directament amb les xifres de PA: 5,3±6,9 vs. 6,4±6,9 vs. 8,5±7,6 vs. 10,1±8,3, respectivament (p<0,001).

Conclusions: La prevalença de prehipertensió és elevada al nostre àmbit. Aquests subjectes presenten trets fenotípics intermedis entre normotensos i hipertensos. Aplicar els criteris del 7JNC suposaria etiquetar com a malalts individus fins ara en la categoria de la normalitat i medicalitzar un subgrup de població amb baix risc cardiovascular.

Experiència sobre una intervenció a dones maltractades

Marc Ezcurra de la Vega; Sílvia Jiménez Vargas; Noemi Serrano Quesada; Ana Rosa Hernández Alonso; Maria Eugènia Corral Mata; Mercedes Retana Puigmartí.

ABS Camps Blancs. Barcelona.

Objectiu: Conèixer la situació actual de les dones que en un estudi previ (octubre 2003) havien estat detectades com a maltractament actual per part de la parella (MT) mitjançant un test de víctimes, i a les quals se'ls va oferir suport psicològic i informació sobre recursos especialitzats.

Tipus estudi: Estudi observacional.

Emplaçament: Centre de salut urbà de 10.000 habitants.

Subjectes: 20 dones detectades com a MT.

Mesures i intervencions: A l'octubre del 2003 se'ls va oferir suport psicològic, informació sobre centres d'atenció especialitzada (serveis socials municipals, serveis urgències hospitalàries, servei atenció a la víctima de la policia municipal, servei municipal "T'escoltem Dona") i seguiment en el nostre centre. Als 5 mesos es revaluà l'estat actual de les dones: utilització dels recursos especialitzats, canvis en la situació conjugal (tràmits de separació...).

Resultats: La situació de MT de 12 dones (60% de la mostra) no es modificà, actualment 3 han utilitzat els recursos d'atenció especialitzada i es troben en tràmits de separació (15%) i les 5 restants no han tornat a la consulta d'atenció primària (25%).

Conclusions: Malgrat que la majoria de dones continuen en situació de MT, un 15% han iniciat tràmits de separació arran de la nostra intervenció. Pot ser d'utilitat una estratègia de recerca activa de MT per part del personal sanitari. Per això, seria important la conscienciació i formació específica dels professionals en aquest problema.

Pacients més ben informats!

Lurdes Alonso Valles; Josep Lluís Bellvé; Eva Peguero Rodríguez; Roger Badia Casas; Elvira Zarza; Manel García.

CAP Larrard. Barcelona.

Plantejament de canvi: Membres d'una societat científica (SC) detecten la possibilitat de millorar la informació científica que sorgeix i la que arriba a la comunitat. També la possibilitat que la

SC faciliti als socis millorar la informació donada als pacients a les consultes.

Anàlisi: Els fulls d'informació per a pacients de què disposen en l'actualitat els metges són facilitats la major part per laboratoris farmacèutics (s'analitzen i es detecten possibilitats de millora dels seus continguts) o elaborats per les empreses sanitàries actuals sense estar a disposició de tots els metges.

Punt de millora: Fer fulls per informar els pacients de les malalties més prevalents a la consulta, realitzats per metges i infermers d'Atenció Primària, basats en el consens dels grups de treball de la SC i de qualitat.

Estratègia implementada: L'any 2002 es constitueix un comitè multidisciplinari de redactors, amb la col·laboració dels grups de treball com a autors i/o revisors. La revisió inclou: coherència d'estil i continguts, comprensibilitat, rigor científic, correcció lingüística i realització dels dibuixos.

Es faciliten en català i castellà, a Internet i en paper.

Publicats: Hipertensió, asma, túnel carpià, cistitis, fotoprotecció, malaltia per reflux gastroesofàgic, restrenyiment, gastroenteritis, insomni, relació pares-fills, consells al viatger, refredat, accident vascular cerebral, colesterol, lumbàlgia, exercici físic, fibromiàlgia.

Resultats: 18 fulls publicats i 20 en fase preliminar. Es distribueixen 3.500 còpies en paper. És un dels enllaços de la web de la SC més consultat. El projecte ha guanyat un premi com a idea original atorgat per una entitat no mèdica. Han tingut molt bona acceptació.

Relacions sexuals en adolescents: efectivitat d'una intervenció educativa

Rosa Vila Rodrigo; Xavier Aubia Floresvi; Susana Abajo Llana; Pilar Llobet Azpitarte; Patrizia Castellari; Susana Barcos Garcia.

CAP Miami Platja. Montroig del Camp, Tarragona.

Objectiu principal: Reforçar i millorar la informació sexual dels adolescents d'una Àrea Bàsica de Salut (ABS) per disminuir les pràctiques de risc i potenciar conductes sexuals saludables.

Objectius secundaris: Valorar el nivell de coneixements sobre sexualitat dels adolescents. Sensibilitzar els adolescents sobre la importància de la prevenció de riscos associats a pràctiques sexuals inadequades. Permetre que l'adolescent es familiaritzi amb els diferents mètodes contraceptius i l'ús més adequat segons les circumstàncies. Fomentar actituds i opinions favorables al parlar de sexualitat entre els joves.

Disseny: Estudi quasi-experimental (abans-després). Enquesta inicial, intervenció (tallers grupals amb participació activa). Enquesta posterior.

Àmbit d'estudi: Població adolescent de la nostra ABS.

Subjectes: Adolescents de quart curs d'ESO de l'Institut de secundària.

Resultats: Anàlisi amb programa estadístic SPSS. N:53, homes: 19 (35%), edat mitjana: 15.4 anys. La seva informació relativa a relacions sexuals preintervenció la consideren: bona: 32%, regular: 63%; postintervenció: bona: 77%, regular: 22%. Origen de la seva informació: pares (sols o juntament amb altres fonts): 50%. Acudiria en cas de dubte o urgència preintervenció: pares: 44%, amics: 21%, centre de salut: 29%, professors: 6%; postintervenció: pares: 31%, amics: 4%, centre de salut: 60%, professors: 5%. Temes de major interès: mètodes contraceptius: 42%, prevenció de malalties de transmissió sexual: 30%. En cas de relació sexual, quin mètode

de contraceptiu usaria (preintervenció)?: preservatiu: 96%, altres: 2%, cap: 2%; postintervenció: preservatiu: 98%, altres: 2%. En relació als tallers que es van realitzar: el 13% coneixia tot el treballat i ho tenia clar, però el 55% tenia dubtes o informació errònia.

Conclusions: La majoria d'adolescents té molta informació tot i que no té els conceptes clars. La figura dels pares hauria de ser el referent en la educació sexual i augmentar la coordinació i comunicació amb sanitaris i professors. La majoria d'adolescents utilitzaria el preservatiu si tingués relacions sexuals. S'ha aconseguit apropar l'ABS als adolescents com a recurs en temes relatius a sexualitat.

La variabilitat en el nivell de derivació com a mesura de l'adequació en la pràctica mèdica a l'atenció primària

Montserrat Verdú Amal; Beatriu Escorinhuela Martínez; Begoña Iglesias Pérez; Rosa aragonés Forès; Mireia Fabregues Escurriola; Soledad Romea Lecumberri.
EAP Gòtic. Barcelona.

Les actuacions en la pràctica mèdica amb més variabilitat són les que presenten més inadequació i per tant més possibilitats de millora. A l'entorn hospitalari és freqüent parlar de variabilitat (per exemple: taxes de cesàries entre centres), però a l'Atenció Primària (AP) encara no és gaire habitual.

Objectius: Descriure la variabilitat del nivell de derivació (ND) entre els EAP a les diferents especialitats, per tal d'identificar àrees de possible intervenció.

Disseny: Ecològic descriptiu.

Emplaçament: AP (Barcelona).

Subjectes: Serveis de medicina general de tots els EAP (Barcelona-ICS) (49 EAP).

Mesures i intervencions: Per a cada EAP s'ha calculat: ND per especialitat (ND = derivacions de l'EAP/població atesa assignada*100); coeficient de variabilitat per especialitat (CV=p90-p10/p90+p10); capacitat resolutiva per especialitat (CR= ND del EAP/ND de Barcelona).

Resultats: S'han inclòs 47 EAP.

Especialitat	Nre. derivacions	%	Volum (ND)	CR màxim-CR mínim	Variabilitat (CV)
Trauma-Reuma	129976	28,40	18,7	1,45	0,38
Oftalmologia	65391	14,29	9,4	1,84	0,22
Dermatologia	61351	13,40	8,8	1,04	0,21
ORL	47391	10,35	6,8	1,04	0,39
Cardiologia	32085	7,01	4,6	1,21	0,68
Cirurgia	31312	6,84	4,5	1,79	0,49
Urologia	25064	5,48	3,6	2,86	0,51
Digestiu	18837	4,12	2,7	2,28	0,54
Endocrinologia	15606	3,41	2,2	3,25	0,87
Pneumologia	13987	3,06	2,0	2,12	0,60
Altres	16707	3,64			
Total	457707	100	65,8		

Conclusions: S'ha observat una important variació entre els EAP en el ND a les diferents especialitats. La variabilitat hauria de ser un criteri per a decidir les àrees d'intervenció formativa o d'altres tipus. Altres criteris podrien ser el volum de derivacions per especialitat i la capacitat de l'AP en l'abordatge dels problemes.

Sexualitat en adolescents: coneixements i actituds, veritats i mites

Xabier Aubia Floresví; Rosa Vila Rodrigo; Susana Abajo Llama; Pilar Lobet Azpitarte; Patrícia Castellari;; Susana Barcos Garcia.

CAP Miami Platja. Montroig del Camp, Tarragona.

Objectiu: Millorar el nivell de coneixements sobre sexualitat dels adolescents d'una Àrea Bàsica de Salut (ABS), i potenciar conductes sexuals saludables. Fomentar actituds i opinions favorables al parlar de sexualitat entre els joves.

Disseny: Estudi quasi-experimental (abans-després). Enquesta inicial, intervenció (taller grupal amb participació activa) i enquesta posterior.

Àmbit d'estudi: Adolescents de la nostra ABS.

Subjectes: Adolescents de quart d'ESO.

Resultats: Anàlisi amb sistema estadístic SPSS. N=53, homes: 19 (35%), edat mitjana: 15.4 anys. El 98% afirma que és cert que la sida sigui una malaltia que només afecti homosexuals. El 90% afirma que és veritat poder quedar-se embarassada en la 1a relació sexual. Aquest percentatge puja al 98% postintervenció. El 98% afirma que és possible contraure la sida en la 1a relació sexual. El 19% assegura que una dona no pot quedar-se embarassada quan té la menstruació. Fins el 26% creu que un menor requereix autorització dels pares per consultar en un Centre d'Assistència Primària. El 54% preintervenció i el 63% postintervenció parlen de sexe en ocasions amb els seus pares. El 98% creu que no tothom ha de tenir la 1a relació sexual a la mateixa edat i, que ha de escollir lliurement el moment. La seva informació relativa a relacions sexuals preintervenció la consideren: bona: 32%, regular: 63%; postintervenció: bona: 77%, regular: 22%.

Conclusions: En general, els adolescents tenen una bona actitud en relació a la sexualitat. La majoria d'adolescents té molta informació, tot i que certs conceptes no els tenen clars. Les intervencions programades de sanitaris en aquest camp poden sensibilitzar positivament en llurs actituds i opinions. S'hauria de potenciar la comunicació amb els pares com a referent en l'educació sexual.

Abordatge de les cefalees primàries a les nostres àrees bàsiques: tractem bé als nostres pacients amb migranya?

Isabel Escarabajal Rocher; Juan Carlos Mimoso Lopez; Vanessa León Rei; Sílvia Copetti Fanlo; Antonia Ribas Batllori; M^a Angeles Méndez Trias.

ABS Centre. L'Hospitalet de Llobregat.

Objectius: Valoració del coneixement sobre cefalees primàries en metges d'atenció primària i abordatge terapèutic de la migranya.

Tipus d'estudi: Descriptiu transversal.

Emplaçament: 12 ABS de L'Hospitalet de Llobregat.

Subjectes: 103 metges.

Mesures i intervencions: Qüestionari anònim i autoadministrable confeccionat per a l'ocasió, incloent dades relacionades amb el professional, coneixements generals sobre cefalees i conducta terapèutica en migranya.

Resultats: Taxa resposta 75%. 62'8% metges de família, 15'4% residents i 19'2% generalistes. Mitjana edat: 39 anys. Mitjana

anys d'exercici: 13. El 92'3% ha rebut algun tipus de formació, i el 98% assumeix aquests pacients a la consulta. Les cefalees primàries més derivades són: migranya acompanyada (78'2%) i clúster (70'5%). Un 93'6% assumeix el tractament inicial de la migranya. Els factors més influents en l'elecció del mateix són: experiència personal amb el fàrmac (41%) i la intensitat de la crisi (30'8%). Els AINE són els més prescrits com a tractament avortiu (91%), especialment ibuprofè, en segon lloc triptans (61'5%). En cas de prescriure medicació rescat, un 85'9% ho fa correctament en relació a les recomanacions establertes pels experts. Si és necessari, instauren tractament preventiu el 83'3%, essent els més administrats flunarizina (41%) i propranolol (37%). No existeixen diferències significatives entre el tipus de prescripció i les variables edat, anys d'exercici i categoria professional.

Conclusions: La majoria dels professionals ha rebut formació en cefalees. En general hi ha un bon abordatge de les cefalees primàries entre els metges de la nostra zona. El tractament inicial de la migranya és correcte en la majoria dels casos.

L'aventura de la docència

Montserrat Andreu Miralles; Ana Clara Cereijo Thomas; Olga Domínguez Guillamón; Oscar Peral Alonso; Rosa Senan Sanz.

CAP Vila Olímpica. Barcelona.

La cirurgia menor en atenció primària és una eina important per incrementar la satisfacció del metge, del pacient i de l'administració. Ens permet fer una medicina integral: prevenció, diagnòstic i tractament; millorar la llista d'espera, disminuir la despesa econòmica i els tràmits burocràtics.

Per tant, ens vam proposar fer tallers de cirurgia menor als nostres companys d'atenció primària.

Objectius: Valorar globalment l'organització, l'aplicació pràctica i la qualitat dels apunts. Conèixer les habilitats dels docents i avaluar les expectatives de l'alumnat.

Estudi: Es un estudi descriptiu i de qualitat

Emplaçament: Àmbit urbà

Subjectes: Metges d'atenció primària de diferents àrees de salut.

Mesures i intervencions: Enquesta de valoració amb deu preguntes i puntuades des d'excel·lent (E), fins a molt deficient (A). Total alumnes: 88

Resultats:

Puntuació	N/C	A	B	C	D	E
Interès contingut				1	28	21
Aplicació i utilitat pràctica				2	26	22
Temps	1		2	5	25	20
Qualitat apunts			1	3	29	16
Metodologia				5	25	22
Habilitats comunicació				1	26	25
Grau d'expectatives			2	6	24	19
Valoració global taller	3			5	27	19
Valoració global organització				2	30	15
Interès tema	2			5	24	21

Conclusions: Interessa i la valoració global és bona, pitjor puntuació pel temps. Realitzarem més tallers i n'allargarem la durada. Estem molt contents d'haver iniciat aquesta aventura i pensem seguir fent-la, aprenent a cada taller una mica més.

Utilitat de l'espirometria en el cribatge aleatori de pacients en atenció primària

Carles Rodríguez Pago; Àngels Vazquez Senan; Jesus Gálvez Mora; Maria Luisa de Rivas Pie; M^a Josep Guinovart Marques; Joaquim Pellejà, Pellejà.

ABS Alt Camp Oest. Alcover.

Objectius: Analitzar la utilització de l'espirometria en el cribatge de malaltia pulmonar.

Tipus d'estudi: Descriptiu

Emplaçament: Àrea Bàsica de Salut rural de 5500 pacients.

Subjectes: Reclutament aleatori en dos grups: a) asimptomàtics (GA), b) simptomàtics (GS).

Material i mètodes: Es realitza espirometria forçada amb la determinació de: Capacitat Vital Forçada (FVC), Volum espiratori en el primer segon (FEV1) i FEV1/FVC. Gradació segons normativa de la "Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica". S'analitzen resultats per grups segons l'hàbit tabàquic i el resultat espiromètric.

Resultats: N total (200) - Grup aleatori: 115 pacient. Grup simptomàtic: 85 pacients.

El 35,89% dels pacients GS presentaven espirometria compatible amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)

Tan sols el 9,56% dels pacients GA presentaven espiro de MPOC

Diagnòstics d'MPOC obtinguts

	GA	GS
Fumador	7%	38.29%
No fumador	10%	31.81%
Exfumador	22.2%	31.2%

Conclusions: La realització de l'espirometria de forma sistemàtica a tota la població ofereix uns escassos resultats cost / benefici. Si aquesta es realitza en pacients amb clínica (dispnea, bronquitis de repetició, criteris de bronquitis crònica) augmentem la sensibilitat de la prova en relació al cost/benefici de la mateixa. No s'aprecien diferències significatives en relació a l'hàbit tabàquic en els 2 grups, tot i que en els exfumadors sembla possible que podrien existir, caldria augmentar la mostra en aquest grup.

Recolzament social i salut

Meritxell Masip Beso; Josep Maria Bonet Simó; Glòria Montserrat Guerra; Francesc Solé Sancho; Montserrat Montasell Pérez; M^a del Carmen Yuste Marco.

CAP Badia. Badia del Vallès.

Objectiu: Conèixer si el recolzament social influeix en la percepció subjectiva de l'estat de salut a la població demandant.

Tipus d'estudi: Estudi descriptiu transversal.

Emplaçament: Centre d'Atenció Primària urbà.

Subjectes: Població demandant >14 anys en el període comprès entre gener-febrer de 2003. La selecció va ser aleatòria. Criteris d'exclusió: deteriorament cognitiu i negativa a participar.

Mesures: Edat, sexe, escala de reajustament social de Holmes i Rahe (RS) punt de tall 150 unitats de canvi vital, qüestionari MOS de recolzament social (MOS) punt de tall 57, qüestionari Apgar

familiar per valoració de la funció familiar, cicle vital familiar, percepció subjectiva de salut mesurada pel qüestionari de Goldberg de 28 ítems (PSS), punt de tall 6/7.

Resultats: 83 pacients, 66,3% dones, edat mitjana 46,8±15,8 anys. Els pacients amb MOS patològic (25,3%) tenen una PSS de 15,62±8,73 punts; amb MOS normal la PSS es de 6,94±5,56 punts (p<0,0001).

Per obtenir una estimació de l'efecte del MOS sobre la PSS ajustat per altres variables i comprovar si persisteix, realitzem una regressió lineal múltiple: el coeficient de regressió del MOS és de -0,142 (t= -4,029; p<0,0001). També s'inclou a l'equació el RS amb un coeficient de regressió de 0,0305 (t = 3,74; p<0,0001). El coeficient de determinació va ser de 0,3958. L'equació resultant era PSS=15,266-0,142x MOS+0,0305xRS.

Conclusions: El 39,58% de la PSS depèn del MOS i del RS. El recolzament social està relacionat amb una millor percepció subjectiva de la Salut. A més puntuació del MOS o major recolzament social, menor és la puntuació del PSS o millor és la percepció subjectiva de salut.

Un nou mètode diagnòstic en la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)?

Carlos Rodríguez Pago; Àngels Vazquez Senan;
Jesus Gálvez Mora; Pere Jiménez Lopez;
Jaume Andreu Jornet; Joaquim Pellejà Pellejà
ABS Alt Camp Oest. Alcover.

Objeti: Comparar la utilització del KOKO Peak Pro (KPP) amb l'espirometria com a prova diagnòstica en l'MPOC.

Tipus d'estudi: Estudi observacional transversal de validació de proves diagnòstiques.

Emplaçament: Àrea Bàsica de Salut rural de 5500 pacients.

Subjectes: Reclutament aleatori de pacients visitats a la consulta.

Material i intervencions: Realitzem: a) espirometria, determinant: Capacitat Vital Forçada (FVC), Volum espirat el primer segon (FEV1) i FEV1 / FVC (el més important per valorar obstrucció, normal >70%) b) KPP, obtenint: Flux espiratori màxim (PEF); FEV1; Volum espirat en el sisè segon (FEV6, equivalent al FVC) i FEV1/FEV6 (equivalent a FEV1/FVC). Gradació segons normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.

Resultats: N inicial: 150, N final: 137 (5 no presentats, 8 tècniques incorrectes). 55,6% homes, 44,4% dones, edat mitjana 55,69 (17-85) anys. Trobem alt grau d'associació entre resultat espiromètric i KPP i nivell de gravetat (p<0,001).

		Espirometria	
		Patològic	Normal
KPP	Patològic	36	1
	Normal	5	89

Sensibilitat: 87,8%. Especificitat: 98'8% Valor predictiu positiu: 97'3%. Valor predictiu negatiu: 94,6 %. Index K=0,89.

Conclusions: L'alta sensibilitat, especificitat i valors predictius, fan del KPP, juntament amb la facilitat d'us i accessibilitat, una alternativa a l'espirometria, com mètode de cribratge i seguiment en la consulta. Cal remarcar que quan el KPP sigui normal i tinguem sospita clínica de malaltia caldria realitzar l'espirometria per millorar la sensibilitat i evitar els falsos negatius.

Les taules del Regicor prediuen millor que les de Framingham el veritable risc cardiovascular en atenció primària.

Joan Josep Cabré Vila; Francisco Martin Luján;
Josep Basora Gallisà; Josep Lluís Piñol Moreso;
Yolanda Ortega Vila; Isabel Sanchez-oro Vallés.

SAP Reus -Altebrat. Reus.

Objectius: Comparar el risc cardiovascular que mesuren les taules de Framingham (versió d'Anderson) i les calibrades pel REGICOR (Registre Gironí de Coronariopaties), sobre població amb síndrome metabòlica (SM) o sense SM.

Disseny i emplaçament: Estudi de cohorts de 5 anys de durada, multicèntric (39.000 habitants) a medi urbà.

Material i mètodes: Sobre una cohort d'estudi de prevalença de la SM en població atesa (N=1500) es seleccionen individus entre 35 i 74 anys (n=728) (marge aplicable a les taules de càlcul) i es procedeix, segons el mètode de Framingham i el de REGICOR a mesurar el risc cardiovascular de cadascun. Es recullen dades sociodemogràfiques, antropomètriques i les necessàries pel càlcul del risc.

Resultats: El risc cardiovascular segons Framingham és de 9,4±8,4% i segons REGICOR va ser de 7,8±13,1% en casos sense SM. Quan existia el diagnòstic de SM, segons Framingham el risc fou del 19,5±11,3%, en front del 12,5±15,4% segons REGICOR. En els dos casos, les diferències són significatives (p<0,001).

La veritable incidència de malaltia cardiovascular observada en aquest estudi va ser del 2,1% en absència de SM, i del 7,7% quan reuneixen criteris de SM.

Conclusions: La taula de REGICOR és més propera a la veritable incidència de malaltia cardiovascular observada en aquest estudi. L'addició del SM suposa un augment important del risc cardiovascular.

Què ens interromp a la consulta?

Carmen Garcés Guallart; Àngel Pelayo Salas; Estela Jiménez-Mena Sarra.

ABS Ronda. Lleida.

Objectius: Valorar per qui, el nombre i el tipus d'interrupcions que patim mentre som a la consulta.

Disseny: Estudi descriptiu prospectiu

Àmbit de l'estudi: Àrea Bàsica de Salut urbana amb una població de 31.520 habitants.

Subjectes: Activitat diària de consulta de 5 metges de família (3 de matí i 2 de tarda).

Material mètode i mesures: Prendre nota de les diferents interrupcions patides, al llarg de dues setmanes, especificant o qui les realitzava (infermera, administratiu, pacient, un altre metge, familiars del metge), i si era directament per la porta o per telèfon. També es va determinar si eren de matí o de tarda.

Resultats: Es van observar un total de 353 interrupcions en les dues setmanes, con una mitja de 70 interrupcions/dia i 7.06 interrupcions/dia/consulta. Les persones que van interrompre van ser: els administratius 194 (55%), infermeria 81 (23 %), pacients 53 (11%), els nostres companys 14 (4 %) i familiars dels metges 11 (3%). Segons el torn de treball, el 57 % (201) de les interrupcions es realitzen als metges de tarda. Del total d'interrupcions, un 75 %

(264) són a través de la porta de la consulta i el 25% (89) són per via telefònica.

Conclusions: som interromputs un nombre excessiu de vegades. La majoria es realitzen per la porta, principalment per administratius i infermeria. Segons la nostra opinió, moltes d'aquestes interrupcions podrien evitar-se amb una millor coordinació i utilitzant més la via telefònica.

Influència de l'edat d'inici al consum del tabac en la dependència a la nicotina

Gemma Flores Mateo; Paloma Carrillo Santistevé;
Paula Manchon Walsh; Noemi Olona Tabueña;
Sergio Morchon Ramos; Josep Maria Ramon Torrell
Departament de Medicina Preventiva i Salut Pública, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Objectius: Determinar si els fumadors que inicien el consum en edats més joves tenen major dependència a la nicotina.

Disseny de l'estudi: Estudi de cohort.

Pacients: 2801 fumadors de =10 cigarrets al dia i majors de 20 anys que van acudir a la Unitat de Deshabitució Tabàquica de l'Hospital de Bellvitge, de l'1 de gener de 1993 al 31 de desembre de 2002.

Mètodes: En les visites es van recollir dades demogràfiques i història de tabaquisme. La dependència a la nicotina es va mesurar amb el qüestionari de Fagerström i es va classificar amb dependència alta la puntuació = 6 i dependència baixa-moderada la puntuació < 6.

Es va calcular l'Odds Ratio (OR) i l'interval de confiança del 95% (IC95%) per la dependència a la nicotina segons l'edat d'inici amb un de regressió logística. Es va ajustar per sexe, edat i nombre d'anys de consum de tabac.

Resultats: Hi va haver un 59,7% d'homes i un 40,3% de dones. L'edat d'inici mitjana dels fumadors amb dependència alta a la nicotina va ser 16,9 ±5,3 anys i la dels fumadors amb dependència moderada-baixa va ser 16,36±4,81anys (p<0,026). El grup d'inici precoç (= 13 anys) es va associar de forma significativa a un augment de la dependència a la nicotina amb un OR =1,55 (IC95% 1,11-2,16). El grup d'inici de 14-16 anys va presentar un OR =1,05 (IC 95% 0,83-1,31).

Conclusions: L'inici precoç contribueix a una major dependència a la nicotina de forma significativa, dificultant la deshabitució tabàquica.

Descripció de la activitat en cirurgia menor en un centre d'atenció primària

Francisco Diaz Gallego; Antoni Santiveri Villuendas,
Anna Oliver Olius; Sílvia Rogi del Valle;
Brisa del Amo Monleón; Teresa Mateu Gelabert.
CAP Larrard. Barcelona

Objectiu: Descripció d'activitat d'un servei de cirurgia menor (CM), en un centre de atenció primària (CAP).

Tipus d'estudi: Observacional retrospectiu.

Emplaçament: CAP urbà.

Subjectes: Tots els pacients intervinguts i totes les intervencions realitzades en el període octubre 2003-abril 2004.

Mesures: Nom, edat, sexe, diagnòstic preoperatori, nombre d'intervencions quirúrgiques (IQ) per pacient, tipus d'intervenció, complicacions postoperatòries, resultat anatomia patològica (AP), cost intervencions en diferents àmbits.

Resultats: Pacients intervinguts: 105: 46 homes (43,8 %), 59 dones(56,1%). Intervencions realitzades: 161. Número de IQ per pacient: 1 IQ 80 (76,2%); 2 IQ 10(9,5%), >=3 15(14,2%).

Edat mitja: 33,2 anys. Diagnòstics: 89 acrocordons (55,2%), 23 quists epidèrmics (14,2%), 14 queratosis seborreiques (8,6%), 13 Cirurgia unguial(8%), 6 cirurgia urgent (3,7%), 4 nevus (2,4%), 4 lipomes (2,4%), 3 berrugues (1,8%), 2 hemangiomes(1,2%), 2 granulomes (1,2%), 1 dermatofibroma (0,6%).

Intervencions: 47 pacients (44,4%): exèresi de la lesió. 45 pacients (42,8%): exèresi amb bisturí elèctric. 13 pacients(12,3%) :cirurgia unguial. Peces enviades a AP: 86(53,4%). Exclosos acrocordons (89), cirurgia unguial (13), i cirurgia d'urgències (6), la resta s'envia a AP(53). Complicacions postoperatòries: 5 (3%). Correlació clinicopatològica: 80%.

Preu total CAP: 10856,23 Euros. Nivell hospitalari: Hospital (H) Comarcal: 20727,14; H. 3r nivell: 29609,51. Percentatge d'estalvi: 90,8% i 172,7% respectivament.

Conclusions: Els acrocordons suposen més del 50% de les IQ, i els 4 diagnòstics més freqüents el 86.31%. Hi ha un alt grau de correlació clinicopatològica (80%). Baixa incidència de complicacions. La CM en AP suposa un estalvi molt important enfront la realitzada en l'àmbit hospitalari.

El projecte record. Monitoratge continu ambulatori de la glucèmia en subjectes amb alt risc per patir diabetis tipus 2.

Bernardo Costa Pinel; Jesús Vizcaino Marín;
Marià Carulla Aresté; Francesc Barrio Torrell;
Josep Lluís Pinyol Moreso; Grup d'Investigació RECORD
Grup de Recerca en Diabetis i Metabolisme. CAP Sant Pere. Institut Català de la Salut. Reus-Tarragona.

Objectiu: Es presenta l'estudi RECORD dissenyat per avaluar si una nova tecnologia, el monitoratge continu de la glucèmia (MCG) és viable i útil per tal de contrastar el diagnòstic i predir l'evolució en la prediabetis tipus 2.

Tipus d'estudi: Multicèntric, transversal (fase 1), posteriorment de seguiment de cohorts (fase 2).

Emplaçament: Atenció Primària de Salut (APS,5 centres).

Subjectes: Un o més factors de risc per patir diabetis (40-75anys).

Mesures i intervencions: Un grup de 84 individus s'inclourà si la prova de tolerància oral a la glucosa (PTOG) descarta la diabetis. Es durà a terme un primer MCG mitjançant un biosensor calibrat per la glucèmia plasmàtica d'on s'obtindrà un perfil glucèmic continu. S'establiran 2 cohorts de seguiment diferenciant entre subjectes amb PTOG normal (n:42) i amb hiperglucèmia prediabètica (n:42). El diagnòstic es reclassificarà als 12 i 24 mesos mitjançant sobrecàrrega oral seguida d'un nou MCG. S'avaluaran dades demogràfiques, clíniques, analítiques bàsiques, marcadors d'inflamació, insulinèmia i C-pèptid. Anàlisi informàtica del MCG comparant períodes (basal, posprandial i nocturn) així com l'àrea sota la corba del perfil continu amb el diagnòstic convencional. Concordança temporal i influència sobre la incidència de diabetis o regressió a la normalitat. Avaluació de l'opinió de l'usuari mitjançant qüestionari estructurat(Likert).

Conclusió: Aquest projecte compta amb l'Ajut a la Recerca-2004 (Associació Catalana de Diabetis). Oferirà un contrapunt diagnòs-

tic evolutiu entre PTOG i MCG, més fisiològic i basat en un criteri infrautilitzat, la glucèmia a l'atzar. Una tècnica no avaluada en APS aportarà dades d'indubtable vàlua científica en prevenció primària de la diabetis tipus2.

Estudi del burnout en els MIR de família. qualitat de vida professional en residents de medicina de família. Canvis de R1 a R3.

Montse Mallol Oliva, Marta Albiol i Serra;
Mònica Torremorell Núñez; Mireia Sans Corrales;
Neus Parellada; Vinyet Vidal Vargas

ABS Castelldefels

Objectius: Valorar qualitat de vida professional (QVP) dels residents de Medicina Familiar i Comunitària (MFIC) de la Unitat Docent Costa de Ponent (UDCP) comparant si s'observen diferències entre residents de primer (R1) i tercer (R3) any.

Tipus d'estudi: Estudi descriptiu transversal.

Emplaçaments: UDCP, inclou 5 hospitals (un de tercer nivell), 16 centres d'Atenció Primària.

Subjectes: Metges Interns Residents de MFIC R1 i R3 (n= 80).

Mesures: Qüestionari de Qualitat de Vida Professional (QVP-35) i preguntes sociodemogràfiques. Ambdós anònims, autoadministrables. Enviats per correu intern als R1 i R3, l'abril del 2004.

Resultats: 49 respostes (60%), 77,6% dones, edat mitjana: 26,5 anys (Interval de confiança del 95% (IC): 24-29). 49% de respostes són R1 que treballen a àmbit hospitalari, 51% R3 que treballen en àrees bàsiques, tots realitzen guàrdies als centres corresponents. El 84% dels R3 volien MFIC com primera opció enfront el 52% dels R1. Els homes se senten més reconeguts IC:5,71-8,07 (p=0,02), amb més suport IC:8,03-9,52 (p=0,022) que les dones. Els R1 tenen més grau de satisfacció IC:6,61-7,64 (p=0,024), els R3 se senten més capacitats IC:6,56-7,6 (p=0,44) però amb més estrès i pressió IC:6,82-8,3 (p=0,02). Si el MIR de família va ser la primera opció estan més motivats i tenen menys conflictes (IC:7,16-8,84, p=0,39). El grau de satisfacció augmenta proporcionalment amb el d'autocontrol i autoestima.

Conclusions: La QVP és més elevada en homes, R1 i aquells que el MIR de Família va ser la primera opció.

Utilització de la medicina complementària en la fibromiàlgia.

Mireia Junyent Priu; Ana Benavides Ruiz; Mercè Solà Gonfaus;
Antoni Sisó Almirall; Josep Camp Herrero.

CAP Les Corts. Barcelona.

Objectiu: Analitzar la utilització, les característiques clíniques i la percepció de millora amb la Medicina Complementària (MC) en els pacients amb Fibromiàlgia (FM).

Disseny: Estudi descriptiu transversal.

Emplaçament: Centre d'Atenció Primària urbà.

Subjectes: Pacients amb diagnòstic de FM.

Mesures i intervencions: En 102 pacients amb FM es va determinar la utilització de la MC en algun moment de la seva malaltia, mitjançant entrevista telefònica. Per determinar l'existència de diferències significatives, segons la utilització o no de la MC, es va valorar: edat, sexe, temps d'evolució, convivència, nivell d'estudis i comorbiditat mèdica. Es va analitzar si la seva utilització havia condicionat l'abandonament del tractament farmacològic habitual i la percepció subjectiva de millora.

Resultats: El 100% eren dones. En total, el 48% de les pacients havia utilitzat la MC en alguna ocasió, i les pràctiques més freqüents van ser: massatges: 24%; acupuntura, 22%; Tai-chi, 11%; ioga, 9%; ozonoteràpia, 9%; fitoteràpia, 7%; balneoteràpia, 5%; homeopatia, 4%; reflexoteràpia, 4% i quiropràxia en un 1%. Les característiques de les pacients que van fer servir la MC van ser: edat <50 anys, estudis primaris superiors i temps d'evolució de la malaltia <5 anys. El 35% de les pacients van presentar una millora clínica subjectiva en la percepció del dolor amb la MC i el 3% d'aquestes van abandonar el tractament farmacològic habitual.

Conclusions: La meitat de les pacients afectades de FM van fer servir la MC en algun moment de la seva malaltia. Eren pacients més joves, amb estudis superiors i amb menor temps d'evolució de la malaltia respecte a les que no van fer servir la MC. El 35% va percebre millora clínica encara que només el 3% va abandonar el tractament farmacològic habitual.

Disfunció sexual a la perimenopausa, por a l'embaràs i afectació a la qualitat de vida

M^a Jesús Cornellana; Alfonso Martínez; Manel Honrado;
Piedad Bailón; Ramón Carreras.

SASSIR Sant Martí. Barcelona.

Objectiu: Analitzar com la por a l'embaràs en la perimenopausa pot influir en les disfuncions sexuals i la seva afectació en la qualitat de vida.

Tipus d'estudi: Observacional, descriptiu i prospectiu.

Emplaçaments: Dones que consulten a un Centre Ginecològic d'Assistència Primària, durant el primer trimestre del 2004.

Subjectes: S'inclouen 130 dones amb edats entre 40 i 55 anys, no menopàusiques, menys d'un any d'amenorrea.

Mesures i intervencions: S'analitzen: edat (40-45 anys, 46-50 i 51-55), mètode contraceptiu, sensació subjectiva de por a l'embaràs, test d'embaràs darrer any, trastorns menstruals.

Es relacionen amb: disfunció sexual, tipus disfunció (disminució desig sexual, anorgàsmia, dispareunia) i afectació de Qualitat de Vida (QV).

Resultats: N=130 dones. Mitjana d'edat: 47,4. 17% refereix interrupció voluntària de l'embaràs (IVE). Disfunció sexual 29%. Por embaràs 17%, test d'embaràs en el darrer any 9%. Presenten trastorns menstruals 38% de les dones estudiades, essent el mètode contraceptiu més utilitzat el preservatiu 25%, seguit de vasectomia 21%, no mètode 19%, lligadura tubàrica 14%, DIU 11%, coitus interruptus 6%, hormonal 3%. En analitzar per grups d'edat, les dones de 40-45 anys presenten disfunció sexual 18%, d'aquestes 11% té por a l'embaràs i un 11% manifesta afectació qualitat de vida. La disfunció més prevalent és la disminució del desig sexual 100%. El grup 46-50 anys: disfunció sexual 39%, por embaràs 8%, alteració QV 10% i disfunció amb més percentatge 100% es disminució del desig sexual. Les dones de 51-55 anys presenten canvis en la seva sexualitat 35%, temor embaràs 3%, afectació QV 14%, el tipus de disfunció més freqüent és també la disminució del desig sexual en el 100% dels casos.

Conclusions: Una tercera part de la població estudiada refereix disfunció sexual a la perimenopausa i augmenta amb l'edat, està més relacionada amb la por a l'embaràs en el grup de les dones més joves i altera la qualitat de vida en un percentatge similar en tots els grups. La disfunció més prevalent es la disminució del desig sexual en el 100% dels casos. El preservatiu és el mètode contraceptiu més utilitzat i els trastorns menstruals no sembla que afectin a la sexualitat.

Cinc anys després: de les herbes medicinals a la fitoteràpia estètica

Silvia Hernández Anadón; Carles Llor Vilà;
Olga M^a Calviño Domínguez; Rosaura Reig Puigbertran;
Josep M^a Crespo Palau; Elena Taverna Llauredó.

EAP Tarragona-3, Tarragona-6 i Hospital Joan XXIII. Barcelona.

Objectiu: Conèixer l'ús de les herbes medicinals per part dels pacients.

Tipus d'estudi: Descriptiu transversal.

Emplaçaments: Atenció Primària i Urgències hospitalàries.

Pacients escollits mitjançant mostreig aleatori sistemàtic.

Mesures i intervencions: Enquesta de 4 preguntes obertes que feien referència a l'ús de les herbes medicinals en dos centres de salut i un servei d'urgències hospitalàries durant el mes de gener de 1999 i durant el mes de abril de 2004. Variables: edat, sexe i presa d'herbes medicinals. Efectuem proves d'estadística descriptiva.

Resultats: 1) 1999: 410 pacients escodrinyats, 360 van contestar el qüestionari (87,8%). Dones 62,1%, Edat mitjana 48,7 anys. D'aquests, 160 (44,4%) prenen herbes medicinals, essent les més consumides la til·la (*Tilia europaea*) i la camamilla (*Anthemis nobillis*) per a l'estrès, en 54 casos (33,7%), fulla d'olivera (*Olea europea*) i cua de cavall per a la hipertensió arterial (44, 27,5 %); farigola per a les digestions (10; 6,1 %) i la menta (*Mentha piperita*) per a l'halitosi i els refredats (8; 5%) Un 75% prenia alhora fàrmacs.

2) 2004: 390 pacients, 350 contesten.. Dones 70,2%. Edat mitjana 43,6 anys. 180 prenen herbes (63%). Les més consumides: til·la i valeriana (*Valeriana officinalis*) en 67 (37,2%), fulla d'olivera 30 (16,6%). Carxofa (*Cynara scolymus*) i te verd per aprimar-se 29 (16,1%). Prenen fàrmacs 66%.

Conclusions: En els dos períodes d'estudi gairebé la meitat dels individus prenen herbes amb una tendència a l'alça. Un percentatge gens menyspreable ho prenen sense tractament farmacològic concomitant. Crida l'atenció que en els últims temps hi ha un increment de la fitoteràpia amb fins estètics.

Fent cultura, aprenem nous tractaments

Herranz Pinilla Yolanda; Jiménez Civit Carmen;
Puerta Moreno Núria; López Fraile Rosa;
Ferrer Santaulà Jeroni; Güerri Ballarín Faustino.

Durant la Residència de Medicina Familiar i Comunitària vam realitzar un mes de rotació a l'Argentina, a una organització no governamental, anomenada CEDEPO.

L'objectiu de CEDEPO és promoure la qualitat de vida de les famílies i que la comunitat sigui responsable del seu procés salut-malaltia. Proporciona atenció sanitària a la població, realitza educació per a la salut (tallers d'educació sexual, d'estimulació infantil, jornades per la dona rural, fitoteràpia...).

La situació socioeconòmica de l'Argentina és molt diferent a la que coneixem, i vam observar que en la majoria de consultes l'únic que poden realitzar és la prevenció, ja que el tractament farmacològic és costós, i és la fitoteràpia l'únic recurs a l'abast.

Als tallers ensenyàvem a cultivar plantes medicinals i a conèixer-ne la utilitat de cadascuna: melissa (epigastràlgia, dismenorrea, grip); malva (hemorroides, dismenorrea); aloe (antibiòtic, cremades, protector solar, herpes); orenga (digestiu, espasmolític); calèndula (anèmia, dermatitis, callositats); menta (cefalea, odontàlgia, tos, antiemètic)...

Aquestes herbes eren cultivades i un cop es recollien el mateix centre feia el preparat galènic, ja sigui en forma d'infusió, "tintura", "buches", pomades, cataplasma, mate... La població de la zona està instruída per saber quin és el preparat adequat en cada moment.

L'ús de la fitoteràpia a la nostra societat, s'entén com un tractament adjuvant o alternatiu a la farmacoteràpia, al contrari de l'Argentina rural on es considera el tractament de primera línia.

La falta de recursos crea unes necessitats diferents; la utilització de la fitoteràpia n'és un exemple.

Com ens equivoquem els professionals sanitaris d'atenció primària?

Meritxell Sánchez Amat; Josep Casajuana Brunet;
Rosa Pou Vila; Ferran Ariza González

EAP Gòtic. Barcelona.

L'error és inherent a l'activitat humana. Entre els sanitaris, la cultura de l'error tendeix a dissimular-lo en comptes de treure'l a la llum, perdent així el potencial de millora que el seu coneixement implica. Un primer pas per canviar la cultura de l'error és conèixer i classificar els tipus d'errors més freqüents.

Objectius: Elaborar una primera aproximació a una taxonomia dels errors mèdics en l'àmbit d'atenció primària.

Tipus d'estudi: Transversal. Qualitatiu.

Emplaçaments: Equips d'atenció primària d'un Servei d'Atenció Primària de l'ICS.

Subjects: Errors declarats pel personal mèdic i d'infermeria.

Mesures i intervencions: Recollida de casos d'errors propis i aliens mitjançant enquesta anònima. Reunió de l'equip investigador per analitzar les respostes i elaborar una proposta de taxonomia. Definició de les categories.

Resultats: 88 enquestes entregades, resposta del 27%, amb un total de 80 errors. El 56,3% eren errors propis i el 43,7% eren aliens. El 66,6% de les persones enquestades eren metges/sses, la resta, personal d'infermeria.

A partir dels errors recollits es va elaborar la proposta de taxonomia que presentem en el quadre següent:

TAXONOMIA DELS ERRORS MÈDICS

		Procés Administratiu	Procés clínic				Procés Comunicatiu
			Tècniques	Diagnòstic	Terapèutica	Seguiment	
Acció	Inadequada						
	Insuficient						
Omissió							

Conclusions: Els errors dels professionals sanitaris poden classificar-se segons si formen part del procés administratiu, clínic o de comunicació. Alhora, poden classificar-se en errors per acció o per omissió.

Característiques dels pacients captats al programa d'atenció a l'immigrant (PAI)

Cinta Dauí Subirats; Belén Pérez Rodríguez; Mar Artigau Rofes, Maribel Pinilla Macarro; Güerri Ballarin. *Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla*

Objectius: Conèixer les característiques de la població captada al PAI .

Tipus d'estudi: Descriptiu transversal.

Emplaçament: 5 àrees bàsiques de salut amb una població de 95.000 habitants.

Subjectes: Tots els pacients captats al PAI des de finals de 2002. Criteris d'inclusió: immigrants que acudeixen a les consultes del metge de capçalera que porten menys de dos anys al país i que poden presentar problemes de salut per la seva condició.

Mesures: En el formulari informatitzat del PAI es registra: àrea de procedència, nucli de convivència, religió, coneixement de l'idioma, nivell d'instrucció, condicions laborals i realització d'anàlítica de cribratge segons el protocol del PAI.*

Resultats: Es capten 1.133 pacients. 84% són adults. S'analitzen les dades d'adults. Sexe: 53% dones. Edat mitjana: 35 anys. Àrea de procedència: 47,8% sud-americà, 30,3% Magrib, 14,2% Països de l'est. Nucli de convivència: família 67,5%, amics 18%, sol 7,5%. Cal traducció en 17%. Nivell d'instrucció: estudis primaris 37,1%, estudis superiors 14,5%, sap llegir i escriure 12%. Religió: s'ha registrat en 42,3% dels casos: 41% musulmans. Condicions laborals; registrada en 723 casos: 21% treballa sense contracte/economia submergida, 17,3% no treballa, 6% atur sense prestació. En 22% analítica de cribratge.

Conclusions: La població captada és jove i distribuïda igualment per sexes. És heterogènia en quant a procedència i nivell d'instrucció. Característiques importants que cal tenir en compte en l'atenció d'aquest col·lectiu: necessitats de traducció (17%), religió musulmana en un grup important, condicions laborals precàries, un percentatge importat compleix criteris per fer analítica de cribratge.

Aquestes característiques fan que calgui disposar de recursos específics per a una correcta atenció sanitària del col·lectiu immigrant.

Estudi qualitatiu: visió dels metges sobre el maltractament a la gent gran.

Maria Teresa Sayrol Cloles; Nela Ayuso Torrijos; Cristina Sierra Matheu; Juli Muñoz López; Pilar Postigo Lastrada; Montserrat Coma Solé. *ABS Les Planes. Sant Joan Despí.*

Objectiu: Conèixer l'opinió dels professionals d'atenció primària respecte el maltractament a l'ancià i el seu abordatge.

Tipus d'estudi: Qualitatiu de tipus etnogràfic mitjançant grups focals.

Emplaçament: Atenció primària.

Subjectes: Se seleccionen dues àrees bàsiques i es realitza a cadascuna un mostreig opinàtic (12 metges voluntaris) reunits en dos grups de 5 i 7 persones.

Mesures: Anàlisi de contingut temàtic de les dades. Codificació, segmentació i creació de categories del corpus textual.

Resultats: Identificaren espontàniament maltractament físic, psíquic, econòmic, negligència, autonegligència i abandonament; abús sexual i vulneració dels drets en suggerir-los. Consideraren més freqüents el psíquic i l'econòmic.

Els factors de risc reconeguts foren situacions familiars desestructurades, sobrecàrrega, poca formació del cuidador, hostilitat de l'ancià. Malgrat que tothom pot ser maltractador, van destacar els perfils de malalts mentals, drogoaddictes, i antecedents de violència familiar. Els factors estructurals, com canvis socials i de valors, fan emergir el problema.

Els professionals associaren detecció amb intervenció i reconegueren les seves dificultats per manca de formació i recursos. El metge es sent obligat a intervenir en situacions greus, però impotent en actuacions preventives i considera els recursos socials insuficients. Hi ha confusió per conèixer les responsabilitats de cadascú (família, societat, metge).

Conclusions: Malgrat que els professionals van mostrar un bon coneixement del problema es fa necessari establir pautes consensuades per augmentar les seves capacitats de detecció i intervenció, així com per delimitar les seves funcions. S'ha de tenir en compte aquest problema emergent a l'hora de planificar recursos.

Introducció protocol d'atenció a l'immigrant sà; una mesura preventiva útil en atenció primària?

Eva Jódar Hoste; Ester Carrillo Casas; Marta Torres Lou; Dolors Ruiz Morilla; Raquel Hernández Resa; Conchi Bistuer Mallen.

CAP Sant Cugat. Sant Cugat.

Objectiu: Valorar la introducció d'un protocol d'assistència primària a l'immigrant asimptomàtic .

Tipus d'estudi: Prospectiu descriptiu.

Emplaçaments: Centre urbà, població referència 72.000 habitants. Extra Congrés

* Criteris de la Guia clínica de malalties importades. SCMFIC.

Subjectes: Immigrant asimptomàtic que sol·licita assistència.

Mesures i intervencions: Implantació de protocol entre 01/08/2003 i 01/02/2004. Revisió de les històries i anàlisi descriptiva de dades amb programa estadístic SPSS.

Resultats: Nombre de pacients 210, 67,6% dones amb una mitjana d'edat i desviació estàndard (X;D): (32,8;10.4). D'Equador 63,7%, Bolívia 12,4%, Colòmbia 6%, Uruguai 3,5%, Pakistan 3% i altres 11,5%. Un 85% amb menys de 5 anys a Europa tenien fet PPD, 34,8% PPD positius (>10mm) i radiografia feta. Un 56,5% amb menys de 2 anys a Europa coproparàsits fets; 28,6% negatius, 10,7% positius per *blastocystis hominis*, 6,8% *entamoeba fragilis* 3,4%, *blastocystis hominis* i *dientamoeba fragilis* i un 5,9% per altres. Un 30%, tot i estar indicat, no es va fer.

Un 75,8% tenien analítica feta, 46,4% normals, elevació de transaminases 13%, anèmia 7,2% i eosinofília 2,9%. Un 83,6% no van necessitar tractament ni seguiment, 10,1% quimioprofilaxi per tuberculosi i 6,3% tractament parasitari. Un 81% bona adherència i el principal efecte secundari l'elevació de transaminases 29,2%.

Conclusions: El protocol permet conèixer les característiques i necessitats sociosanitàries d'un subgrup poblacional nou i emergent, fer activitat preventiva enfront tuberculosi i paràsits, malalties d'alta prevalença als països d'origen.

En el futur, fer el protocol extensible a tota la nostra àrea d'influència i adaptar-lo en funció dels resultats i cost-efectivitat de les exploracions.

Test d'estació unipodal: una eina predicció de caigudes fàcil, pràctica i útil

Juan Jose Montero Alia; Maria Mercedes Jiménez González; Elena Zurilla Leonarte; M^a Dolores Giménez González; M^a del Mar Rodríguez Álvarez; Andrés Ceresuela Llobera.

Mataró 7. Mataró.

Objectiu: Conèixer la relació del test "estació unipodal" i les caigudes en la gent gran no institucionalitzada.

Tipus d'estudi: Estudi de cohorts prospectiu multicèntric.

Emplaçament: 5 centres d'AP del Maresme.

Subjectes: Pacients de > 65 anys no institucionalitzats amb capacitat de deambulació.

Mesures i intervencions: Realització del test d'estació unipodal (capacitat de mantenir-se en bipedestació durant 5 segons amb un sol peu, amb ulls oberts i tancats).

Reclutament pacients: Any 2003. Seguiment telefònic durant 6 mesos. Morbimortalitat soferta.

Resultats: N:586. Edat mitjana: 75 anys, 58% dones. Caigudes prèvies (12 mesos abans): 28 % (dones/homes: 2:1). Als 6 mesos seguiment, la incidència caigudes és de 17,6%. Per sexe: homes 13,1%, dones 20,9% (p<0,05). Estació unipodal: Amb els ulls oberts eren capaços el 68% i amb ulls tancats el 15,4%. Van caure el 12,7% de les persones que eren capaços de fer-ho amb ulls oberts versus el 27,9% dels no capaços (p<0,001). En homes van caure un 20% versus un 7,5% dels que sí ho podien fer. En dones un 25,2% versus un 12,4% (p<0,05). Amb els ulls tancats: els que ho podien fer van caure només un 4,1% versus el 17,4% que no podien (p < 0,05). La morbimortalitat: 38% inexistent, 45% lleu i un 13% de fractures.

Conclusions: El fet de ser capaç de realitzar el test amb ulls tancats dona 4,3 vegades menys risc de caure (raó de probabilitat

negativa del 0,23). La incapacitat per realitzar el test unipodal hauria de ser considerat un factor de risc per patir caigudes i s'hauria d'introduir en el programa d'activitats preventives d'AP.

Com veu la comunitat la salut del barri

Roger Badia Casas; Laura Gómez Ricart; Sílvia Barro Lugo; Sílvia Roig del Valle; Clàudia Cardoner Bastardes; Montse Llevet Planas.

CAP Larrard. Barcelona.

Objectius: Conèixer problemes de salut (PS) que preocupen a la població. Conèixer com la població creu que el CAP pot millorar la salut del barri. Analitzar els mitjans per fer una bona difusió sobre temes de salut.

Tipus d'estudi: Enquesta transversal qualitativa.

Emplaçament: Dues àrees de salut urbanes amb personal reformat i no reformat.

Subjectes: 85 pacients escollits a l'atzar a les consultes del grup de comunitària (treballadora social, infermeria i metges).

Mesures: Enquesta de preguntes obertes, consensuada per l'equip, passada a la consulta recollint: PS personals, PS i problemes no sanitaris del barri, utilització de la premsa local, interès per xerrades i temes, i com pot millorar el CAP la salut del barri.

Enquestes passades a quatre grups d'edat: <15 anys, 15-34 anys, 35-65 anys i > 65 anys.

Resultats: PS personals: hipertensió (24 persones), dolor (23p), obesitat (13p), artrosi (10p).

PS del barri: Soledat i envelliment (29p), artrosi (13p), estrès/ansietat (9p).

Problemes no sanitaris: Contaminació (39p), soroll (22p), transport públic (14), trànsit (13p) i espais verds (13p). Anirien a xerrades el 54%. Temes: prevenció general (17p), prevenció risc cardiovascular (17p), alimentació/obesitat (14p), gent gran (7p), nens (7p) i drogues (7p).

El 26% consulten premsa local. L'independent (8p) i fulletons de l'ajuntament (7p).

Com pot el CAP millorar la salut del barri: xerrades (20p), millorar l'accessibilitat al metge (7p) i explicar els serveis al CAP (5p).

Conclusions: Discrepància entre PS personals (mèdics) i PS del barri (socials). Es demana al CAP xerrades sobre temes preventius i explicar els serveis que ofereix. La gent consulta poc la premsa local, tot i que no el podem descartar com a mitja de difusió.

Cures opcionals una experiència científica i mesurable

Lidia Riba Bellera; Teresa Isidro Barbero

ABS Via Roma. Barcelona.

Objectius: Utilitzar LES MANS amb coneixement, intenció i de forma centrada, fa que qualsevol intervenció que amb elles puguem fer sigui agradable i proporcioni BENESTAR, relaxant la persona amb un curt període de temps. Ensenyar tècniques senzilles de autorelaxació que la persona pot fer en qualsevol lloc i en qualsevol moment.

Estudi: Descriptiu dels resultats obtinguts dins d'un Taller de

Tacte Terapèutic (ubicat en un programa d'activitats diverses, sobre promoció de la salut).

Ambit d'estudi: Població atesa en un Centre de Salut (zona urbana)

Subjectes: Dirigit a persones de > 14 anys

Mesures: Abans /després de cada intervenció, mesures de FC-FR-TA i entrevista, obtenint respostes qualitatives de manifestacions de la persona sobre GRAU RELAXACIÓ, GRAU COMODITAT i GRAU BENESTAR (escala de valors 1/5- NOC- M.Johnson, M.Maas, S.Moorhead, Ed Harcourt 2001).

Intervencions: Relaxació a 27 persones, fent una única sessió individual) mitjançant TACTE TERAPÈUTIC i DIGITOPUNTURA, (NIC-C. McCloskey, M. Bulechek, E. Hartcourt 2002).

Resultats: Milliores entre les dades d'abans i després de la intervenció.

Dades objectivables, manifesta reducció de: FC (en 63% persones), FR (en 59% persones), TA (en 63% persones). Puntuació de les preguntes, respostes qualitatives manifestades per la persona: Grau RELAXACIÓ 4% limitat, 48% important, 48% extens, Grau COMODITAT 11% moderat, 26% important, 63% extens, Grau BENESTAR 30% important, 70% extens.

Conclusions: La implementació dels RECURSOS HOLÍSTICS dins del PROCÉS DE CURES d'infermeria de forma regulada, mesurable i científica, ens dona l'amplitud d'oferta de serveis per aconseguir l'excel·lència de les nostres intervencions, com a professionals amb la millora del GRAU DE RELAXACIÓ, COMODITAT I BENESTAR de la PERSONA, dins del seu PROCÉS DE SALUT.

Automedicació en el col·lectiu d'infermeria

Cristina Borrajo de Lama*; Àngels Arribas Arribas**

*CAP Magòria/Consell de Cent. **Servei d'UCI, Hospital Parc Taulí de Sabadell.

Objectiu: Conèixer la prevalença de l'automedicació en el personal d'infermeria.

Disseny: Observacional, descriptiu i transversal.

Emplaçament: Zona del barcelonès, incloent hospitals i àrees bàsiques de salut.

Participants: El col·lectiu d'infermeria (infermers/es i auxiliars) de dos hospitals i onze centres d'atenció primària (CAP). El mostreig va ser un no probabilístic accidental.

Mesures i resultats principals: Es van donar per vàlides 403 enquestes (edat mitjana 38,7 anys; el 90,1% eren dones i el 9,9% homes).

El col·lectiu d'infermeria s'automedica més que la població general ($p=0,001$). Es llegeixen el prospecte el 76,9% dels professionals; només es deixen influenciar pels mitjans de comunicació (2,9%); pels tractaments presos per altres (10%); i pel consell del farmacèutic (1,1%).

La prevalença de l'automedicació en infermeria es del 50,9%.

L'actitud davant l'automedicació, és la mateixa en homes i en dones ($p=0,05$).

El fet de patir una malaltia crònica no comporta un augment de l'automedicació.

A més edat i més anys treballats l'automedicació és menor.

El col·lectiu d'infermeria hospitalària, pateix més malalties banals ($p=0,002$), s'automedica més, refereix més efectivitat en l'automedicació i va menys al metge que infermeria d'atenció primària.

Conclusions: La primera opció enfront l'aparició d'algun símptoma en el col·lectiu de professionals d'infermeria, és l'automedicació. Un bon coneixement de farmacologia per part d'infermeria, comportarà un ús correcte dels fàrmacs. Això servirà per reconduir i orientar la població en la correcta cura de la seva salut.

Programa de salut bucodental d'un servei d'atenció primària. Exemple d'interrelació amb altres institucions.

Josep Miquel Llovet Lombarte; Núria Conde Mir; Irene Bosch Andinach; M^a Eulalia Miralbell Creus; Daniela Gutiérrez Cid; Ana Solanes Guasch.

Servei Atenció Primària Eixample (ICS) i Servei de Salut Comunitària (Agència Salut Pública Bcn). Barcelona.

Objectius: Descriure l'experiència d'interrelació d'un Servei Atenció Primària (ICS) amb el Servei de Salut Comunitària (Agència de Salut Pública), per fer activitats preventives de salut bucodental.

Tipus d'estudi: Descriptiu transversal.

Emplaçaments: Servei Atenció Primària. Àrea urbana.

Subjectes: Escolars nascuts el 1996 d'escoles públiques i concertades de 5 ABS.

Mesures i intervencions: Prevenció primària: promoció d'higiene bucodental (vídeo, ensenyar raspallat), fluorització a les escoles. Activitats fetes per infermeres dels Equips de Salut Comunitària (ESC) quan es realitzaven a les escoles, i elles juntament amb infermeres (ICS) al CAP. Prevenció secundària: revisió bucodental per 3 odontòlegs (ICS), detecció precoç: maloclusions, fissures, càries i fluorització al CAP. Les infermeres (ESC) contactaven amb les escoles i oferien revisió bucodental al CAP. L'escola triava si era ella o els pares qui portaven els escolars al CAP. Durant l'any 2003, 6 escoles van decidir portar-los al CAP i 11 van decidir que fossin els pares.

Resultats: De 20 escoles, 17 van entrar dintre del programa salut bucodental (554 nens) i 3 no (176 nens). S'han revisat 273 nens (49,2%): 89 grup alt risc càries, 78 fluorització, 100 maloclusions. La cobertura d'escolars revisats va ser: 90,1 % en els casos que l'escola els portava al CAP, i 19,6% si l'escola va triar que fossin els pares.

Conclusions: La cooperació entre diferents agents sanitaris permet millorar els objectius del programa de salut bucodental. Les cobertures d'activitats del programa que es realitzen fora de l'escola són molt diferents depenent que sigui ella o els pares qui hagin de portar els nens al CAP.

Els immigrants i la Síndrome d'Ulises en atenció primària

Manuel Pérez Bauer, Silvia Crispi Cifuentes, Silvia Hernández Anadón, Llum Marín Canseco, Olga Calviño Domínguez, Yvonne Fernández Pagès.

EAP Jaume I. Tarragona.

Objectius: Conèixer la prevalença de factors d'estrès i la salut mental dels immigrants.

Tipus d'estudi: Descriptiu transversal.

Emplaçament: Àrea Bàsica de Salut urbana.

Subjectes: Mostreig consecutiu d'immigrants majors de 15 anys atesos al segon trimestre del 2003.

Mesures i intervencions: variables: edat, sexe, lloc d'origen i temps al nostre país, factors d'estrès (vivències doloroses, família llunyana, problemes laborals, d'habitatge, socials, econòmics, legals), percepció de estrès, ansietat, depressió, símptomes somàtics, dissociatius. Vam administrar el test GHQ-12 per problemes de salut mental, l'escala Hamilton d'ansietat (14 ítems) i depressió (17 ítems).

Resultats: 89 immigrants (40,4% homes), edat mitjana 34,5 anys (desviació típica 11,1). 68,5% sud-americans, 11,3% marroquins, 10,1% Europa de l'est. El 51,7% referia estrès, 43% crònic (>3 mesos). 1-2 factors d'estrès (31,1%), 3 ó més (60,7%). 87,6% família llunyana, 42,7% vivències doloroses, 47,2% problemes econòmics, 32,5% d'habitatge, 28,1% laborals, 23,6% legals, 23,6% socials. 65% percepció d'ansietat, 58% símptomes de depressió, 58% somàtics, 39,5% dissociatius. 61% amb trastorn mental segons GHQ-12. Segons Hamilton: 24% ansietat lleu, 44% moderada/greu, 43,6% depressió lleu, 10% depressió moderada/greu. Relació significativa entre intensitat de depressió/ansietat en funció del nombre de factors associats ($p < 0,001$).

Conclusions: Observem una elevada prevalença de factors d'estrès, de depressió lleu i ansietat moderada/greu. També una relació significativa entre la intensitat de depressió i ansietat en funció del número de factors associats. Encara que manquen criteris clars de diagnòstic hem de pensar en la síndrome d'Ulises (. Achotegui) en l'immigrant amb estrès crònic i múltiple.

Diferències en el consum de tabac entre homes i dones.

Carmen Cabezas Peña; Jose Luis Ballve Moreno; Elvira Zarza Carretero; Silvia Granollers Mercader; Carlos Martin Cantera; Grupo del proyecto ISTAPS.

Fundació Jordi Gol i Gurina. Barcelona.

Objectiu: Descriure les diferències entre homes i dones que fumen en relació a les característiques del seu consum i del procés de deixar de fumar.

Disseny: Estudi descriptiu transversal a partir del qüestionari inicial d'un estudi multicèntric d'intervenció sobre tabaquisme.

Àmbit: Més de 50 centres d'atenció primària de 12 Comunitats Autònomes espanyoles.

Població: Persones d'entre 14 i 74 anys fumadores que acudeixen al centre per qualsevol motiu.

Mesures: Sexe, edat, característiques del consum de tabac (tipus, nombre de cigarretes/dia, edat d'inici, tests de motivació -Richmond-, dependència -Fagerström-, entorn), motivacions per deixar de fumar, estadiatge del procés de canvi, nombre d'intents previs, i necessitats d'ajuda per deixar-ho.

Resultats: 1.771 persones estudiades. 51,1% homes. 99% fumadors exclusivament de cigarretes. Edat mitjana 42,5 (DE 13,7). Els homes eren significativament majors que les dones (45,8 enfront 39,1; $p < 0,001$), fumaven més (21,5 cg/dia vs 18,8; $p < 0,001$) i havien començat abans a fumar (15,9 vs 17,5; $p < 0,001$). 38,9% de les parelles dels homes fumaven enfront 60,9% de les parelles de les dones ($p < 0,001$), no havia diferències ni a la percepció de l'entorn laboral ni social com a fumador (> 63%).

La motivació per deixar de fumar no diferia entre homes i dones (mitjana del Richmond 6,3 -DE 2,7); però si ho feia lleugerament la dependència segons Fagerström 4,5 vs 4,2 ($p = 0,02$). No hi

havia diferència entre homes i dones en l'estadiatge del procés de deixar de fumar: 17,5% en precontemplació, 58,8% en contemplació, 20% en preparació, i 3,7% en acció. Les principals motivacions per deixar de fumar que afirmen que tindrien són: salut (93,9%), economia (20,6%), rol exemplar (18,8%), superar l'addicció (9,5%), estètica (7,3%) i consell sanitari (5,9%). Només hi havia diferència entre la percepció de motius importants en els relacionats amb l'embaràs, el rol exemplar i l'estètica.

Un 74,0% de les dones necessitaria ajuda per deixar de fumar, enfront del 65,8% dels homes ($p = 0,01$). Els homes havien fet més intents (4,7) que les dones (3,4) per deixar-ho prèviament ($p < 0,001$).

Les diferències entre homes i dones no poden explicar-se només per la diferència d'edat, ja que una anàlisi multivariant efectuada mostra que ajustant per edat es mantenen diferències a l'edat d'inici, el nombre cigarretes/dia, els intents previs i la preparació per deixar de fumar.

Conclusions: Homes i dones difereixen en aspectes importants del seu consum de tabac, així com de les seves motivacions i de la percepció de necessitat d'ajuda per deixar-ho. Cal adequar les intervencions a aquestes diferències.

Intervenció educativa per millorar l'adherència al tractament amb raloxifè en pacients amb osteoporosi atesos a assistència primària.

Mercè Fuentes Pujol; Javier Ferrer; M^a Mar Grifols; Núria Perulero; Xavier Badía.

ABS Alt Berguedà. Bagà.

Objectiu: Avaluat l'efectivitat d'una intervenció educativa en la millora de l'adherència terapèutica i la seva associació amb la qualitat de vida relacionada amb la salut.

Tipus d'estudi: Epidemiològic, prospectiu i multicèntric.

Emplaçament: Àrees Bàsiques de Salut (ABS) de tota la geografia espanyola.

Subjectes: Dones de més de 50 anys, subsidiàries entre Maig 2001-2002 de prevenció i tractament per l'osteoporosi amb Raloxifè.

Mesures: Visita basal: variables sociodemogràfiques i clíniques; visita seguiment (3-12 mesos): adherència terapèutica: recompte de comprimits i test Morisky-Green (M-G); qüestionari de salut EuroQoL.

Intervencions: Grup A (n=366) quadern informatiu sobre l'osteoporosi que es va revisar conjuntament amb les pacients en la visita basal. Grup B (n=379): control.

Resultats: Als 12 mesos de l'estudi l'adherència segons el test de M-G va ser alta en un 47,4% de les pacients del grup A i un 52,5% del grup B ($p > 0,05$). L'escala visual analògica (EVA) al final de l'estudi va millorar respecte a la basal en els dos grups, observant-se una diferència global de 5,5 punts als 3 mesos i de 9,2 punts als 12 mesos ($p < 0,05$). Les pacients amb major puntuació a l'EVA, van ser en tot moment les que van mostrar un major grau d'adherència ($p < 0,05$).

Conclusions: L'administració d'un quadern informatiu no va millorar l'adherència terapèutica, observant-se però una millora global en la qualitat de vida al llarg del tractament amb raloxifè. S'haurien de dissenyar estudis per avaluar l'efecte de intervencions educatives personalitzades en la millora de l'adherència terapèutica.

Com influeix el pas del temps en els cristalls del líquid articular?

Mercè Pérez Vera; Jordi del Banco Barnusell; Carme Forcada Vega.

ABS Pineda. Pineda de Mar.

Objectius: Conèixer la supervivència dels cristalls del líquid articular en funció del temps transcorregut entre l'artrocentesi i l'anàlisi.

Disseny: Estudi observacional prospectiu descriptiu i analític.

Emplaçament, subjectes: Mostres de líquid articular recollides per artrocentesi a l'hospital entre els mesos de març i setembre de l'any 2002, i que contenen cristalls.

Mesures: Es mantenen les mostres a 4°C i s'analitzen de forma convencional amb microscopi òptic i llum polaritzada successivament entre els dies 1 i 10 després de la recollida. S'estudia la presència de cristalls, la qualitat d'aquests i el temps (dies).

Resultats: S'analitzen 36 líquids articulars. 55% d'urat, 42% de pirofosfat i 2.7% no filiat. Desapareixen els cristalls en 3 casos (8.33%), un d'urat, un de pirofosfat i un no filiat, desapareixent el 5è, 7è i 8è dia respectivament.

Segons l'anàlisi de Kaplan-Meyer, el temps mitjà de supervivència dels cristalls és de 9.68 dies (IC 9.32-10.04) i la supervivència acumulada és de 0.90 (DE 0.79-1.01).

Conclusions: Tot i que en condicions ideals no hauria de demorar-se l'anàlisi del líquid articular, una demora de 10 dies no comporta a priori un resultat erroni. D'aquesta manera, des de l'Atenció Primària pot confirmar-se el diagnòstic d'artritis microcristal·lina si es mantenen les mostres en les condicions adequades.

Implantació del control d'anticoagulació oral a Atenció Primària

José Francisco Luque González; Àlex Escosa i Farga; Mònica Arana i Torras; Maria Jesús López Córdoba; Joan Peris i Vidal; Carles Vilaplana Pérez.

ABS Morera-Pomar. Badalona.

Objectius: Descriure el procés d'implantació i el grau de control del tractament amb anticoagulants orals: acenocumarol (ACO) a l'Atenció Primària (AP).

Tipus d'estudi: Estudi observacional, descriptiu, retrospectiu i multicèntric.

Emplaçaments: 7 Àrees bàsiques de salut (ABS) urbanes (població: 112.473 habitants).

Subjectes: 206 pacients que seguien controls del tractament amb ACO a hospital de referència i passen a ser controlats a la seva ABS.

Mesures: Recollida de valors d'INR determinats mitjançant mostra de sang capil·lar i analitzada a les ABS amb sistema ProtimèO i patologia basal, des de novembre de 2003 a abril de 2004.

Resultats: 773 determinacions d'INR durant el període de l'estudi, amb 48% entre 2-3; 25% entre 3-4, 21% <2 i 6% >4. 74% dels pacients amb ACO indicada per fibril·lació auricular, 14% per pròtesi cardíaca i 12% per altres indicacions.

Conclusions: Bona adaptació al procés d'implantació per part dels professionals mèdics i d'infermeria, després de rotació pel servei d'hematologia de l'hospital i sessions a les ABS sobre maneig de la tècnica i del tractament. Millora de l'accessibilitat pels pacients (disminució desplaçaments i implantació de controls

a domicili) amb estalvi de trasllats sanitaris, al realitzar els controls a l'ABS. Percentatge elevat de controls (73%) dins del rang terapèutic desitjat. Integrar una activitat més dins la cartera de serveis d'una ABS observant un mateix nivell de resolució que 2n nivell assistencial, una millora d'accessibilitat pels usuaris, i un increment de coneixements i maneig de l'anticoagulació oral per part dels professionals de primària.

El "pla de xoc" millorarà la capacitat resolutiva dels equips d'atenció primària?

Beatriu Escorihuela Martínez; Montserrat Verdú Amal; Begoña Iglesias Pérez; Rosa Aragonés Forès; Mireia Fàbregues Escurriola; Josep Casajuana Brunet.

EAP Gòtic. Barcelona.

Un dels objectius del "Pla de Xoc dels Centres de Salut" és augmentar la capacitat de resolució dels EAP, suposant que disminuint el nombre de habitants/metge millora la resolució dels problemes.

Objectius: Determinar si hi ha relació entre la càrrega assistencial dels metges dels equips d'atenció primària (EAP) de Barcelona i el seu nivell de derivació.

Disseny: Ecològic descriptiu.

Emplaçament: Atenció Primària (Barcelona).

Subjectes: Els serveis de medicina general de tots els EAP de Barcelona de l'Institut Català de la Salut (49 EAP). S'han exclòs: els EAP amb un percentatge de professionals reformats de medicina general inferior al 40%.

Mesures i intervencions: Càrrega assistencial (habitants atesos assignats a l'EAP/nombre de metges d'EAP ponderada per edat); nivell de derivació (total de derivacions de l'EAP/població atesa assignada*100). Font de dades: sistema d'informació d'AP de l'àmbit Barcelona (ICS) del 2002.

Resultats: S'han inclòs 47 EAP. El 50% dels metges tenen més de 1.255 habitants assignats i atesos durant l'any 2002. La càrrega assistencial varia entre 1.043 (p25) i 1.310 (p75). La mitjana de derivacions és de 66,7 per 100 atesos (DS:18,0) i varia molt entre EAP. La diferència entre el p75 i p25 és de 24 derivacions per cada 100 atesos. La correlació entre la càrrega assistencial i el nivell de derivació és negativa però no significativa (r Spearman=-0,03; $p=0,84$).

Conclusions: Els EAP amb menys càrrega assistencial no són els que deriven menys, per la qual cosa sembla que la capacitat resolutiva no és un bon indicador per avaluar l'impacte assistencial del pla de xoc.

Els fills de pares fumadors tenen més bronquitis?

Manuel Pérez Bauer; Àngel Vila Córcoles; Ana Moragas Moreno; Francisco Martín Luján; Ramón Monegal Calduch; Silvia Hernandez Anadón.

EAP Jaume I: Tarragona.

Objectius: Valorar la associació entre el tabaquisme dels pares i la bronquitis infantil.

Tipus d'estudi: Casos i controls.

Emplaçament: Àrea Bàsica de Salut.

Subjectes: tots els nens del centre de 1-4 anys: 150 casos (amb una o més bronquitis), 155 controls (sense cap episodi).

Mesures i intervencions: variables: edat, sexe, tabaquisme dels pares (pare, mare o ambdós, a la llar, durant la gestació), bronquitis registrades a les històries clíniques (inclou agudes, obstructives i traqueobronquitis), tractament rebut i ingressos hospitalaris.

Resultats: 305 subjectes, 43.3% dones. Edat mitjana 2,32 anys. Dels 150 casos, 16,1% van requerir ingrés hospitalari. 90,2% es van tractar amb salbutamol i 43,7% amb corticoides. Odds Ratio (OR) de patir bronquitis: quan ambdós pares fumen (OR: 3.51, IC 1.79-6.94); si fuma la mare (OR: 3.38, IC 1.91-6.01), si tabaquisme previ durant la gestació (OR: 2.33, IC 1.15-4.71), amb el tabaquisme actual a la llar (OR: 7.03, IC 3.77-13.21). No hi havien diferències significatives en el risc de precisar corticoides quan algun pare fuma (OR: 0.80, IC 0.38-1.66). Tampoc més risc d'ingrés hospitalari en els fills de fumadors (OR: 1.40, IC 0.50-4.02).

Conclusions: s'observa una relació significativa d'aparició de bronquitis en els fills de pares fumadors, especialment quan s'associa el tabaquisme a la llar i el previ durant la gestació. El tabaquisme dels pares no va incrementar la gravetat dels episodis.

Edat, principal condicionant de les activitats preventives de vacunació

Miriam Boira Costa; Josep Maria de Magriñà Claramunt; Francisco Martín Luján; Yolanda Ortega Vila; Silvia Onrubia; Josep Lluís Pinyol.

ABS Reus. Reus.

Objectiu: Avaluar la implementació de les activitats preventives de vacunació en població de risc.

Disseny, subjectes, àmbit: Estudi observacional, transversal i multicèntric (4 centres urbans) a l'Atenció Primària.

Material i mètode: Mostreig sistemàtic del majors de 15 anys atesos durant el 2003, suficient per assegurar una precisió de 95% i un error a del 0,05. Es registren variables sociodemogràfiques, factors de risc (tabaquisme, diabetis i malaltia pulmonar obstructiva crònica [MPOC]), insuficiència cardíaca i vacunació: antigripal (VAG), pneumocòccica (VAP) o ambdues.

Resultats: S'avaluen 1480 individus (807 dones; 54,6%) amb una edat mitjana de 61,7±19,1 anys. L'edat dels subjectes amb VAG va ser significativament diferent dels VAP (62,1±11,8 vs. 73,7±11,0; p<0,001). Respecte als factors analitzats, dels 159 subjectes amb MPOC (10,7%), un 63,5% estaven vacunats de VAG+VAP front un 23,3% que no porten cap; dels 84 (5,7%) amb tabaquisme, només en 13 es va registrar VAG i/o VAP; dels 476 diabètics (32,1%), el 54,2% porten ambdues i un 28,4% cap; dels 117 subjectes amb insuficiència cardíaca (7,9%) en el 55,6% registrem VAG+VAP i en 29,1% cap. De l'anàlisi multivariant per estudiar l'efecte independent de l'edat (>60 anys) sobre la variable dependent vacunació, ajustant per sexe i factors de risc, s'obté una OR de 7,5 (IC95% 5,7-9,7) per VAG i OR de 20,2 (IC95%: 14,5-28,1) per VAP.

Conclusions: Les activitats preventives en vacunació es veuen fortament influenciades per l'edat i factors de risc. Al nostre medi, la vacunació en MPOC es acceptable, però millorable. Altres factors de risc reconeguts (diabetis o insuficiència cardíaca) mostren taxes de vacunació inferiors. L'edat és el principal condicionant per a l'administració d'ambdues vacunes.

Provant de seure a la sala d'espera...Què s'escolta?

Rosa Aragonés Fores; Rosa Pou Vila; Ana Estabanell Buxó; Marta Moruelo Cereijo; Mencia Benítez Camps; Francisca López Beltran.

EAP Gòtic. Barcelona.

Objectius: Descriure un nou sistema d'escolta activa per tal de conèixer les queixes dels usuaris sobre l'atenció que reben. Oferir als residents una perspectiva diferent i complementària de l'Atenció Primària. Establir nous mecanismes de millora dintre l'equip en funció de la informació recollida.

Tipus d'estudi: Observacional qualitatiu.

Emplaçaments: Centre d'atenció primària docent.

Subjectes: Les queixes recollides mitjançant escolta activa pels metges residents de primer any (R1)

Mesures i Intervencions: Els R1 realitzen escolta activa a les sales d'espera d'urgències, medicina de família, infermeria, pediatria, extraccions i admissions, els primers dies d'arribar al centre, durant les hores de més afluència d'usuaris. La informació es recull mitjançant un formulari semiobert incloent 5 categories: accessibilitat, estructura, circuits, atenció del personal sanitari i unitat d'atenció a l'usuari.

Resultats: Les principals queixes, ordenades de major a menor freqüència, es descriuen a la taula següent.

Taula. Resultats de l'escolta activa.

Accessibilitat	Retard en l'horari Dies d'espera per ser visitat Cues a admissions
Estructura	Temperatura Mobiliari (manca de cadires a admissions) Volum de la megafonia
Circuit	Error a prescripcions cròniques Poca cobertura horària dels especialistes
Personal sanitari	Diferent professional a la mateixa consulta Percepció negativa de l'atenció
Unitat atenció a l'usuari	Error a la citació

Conclusions: Les queixes dels usuaris obtingudes són similars a les recollides mitjançant els fulls de situacions millorables que s'utilitzen en el centre. Les queixes més freqüents fan referència al temps d'espera per ser atesos. Els residents avaluen positivament l'experiència com a eina per modular la seva pràctica mèdica. Aquest sistema d'escolta activa complementa els altres mecanismes de recollida d'informació emprats per la millora de la qualitat.

Gestió de la consulta: què estem fent?

Xavier Bayona Huguet; Amparo Romaguera; Sebastià Calero Muñoz; Carme Riera Minguet; Jeanine Hernández Millan; Maria Llagostera Español.

CAP Cornellà. Cornellà.

Objectius: Conèixer el tipus d'activitat assistencial de les consultes d'Atenció Primària (AP), i el retard acumulat al llarg de la jornada, per reduir al màxim les visites que no necessiten la decisió de sanitaris, i disminuir les probables causes del retard.

Tipus d'estudi: Descriptiu transversal

Emplaçaments: 13 CAP urbans, en consultes de medicina general, 6 Serveis d'Atenció Primària (SAP) .

Subjectes: Participen 30 metges i 13 infermeres.

Mesures i intervencions: S'han recollit durant 5 dies, de dilluns a divendres, de la 1a setmana de desembre 2003: nombre d'actes, hora de cita i d'entrada, arriba tard (SI/NO), tipus d'acte (prèvia, espontània, programada, urgent, consulta feta per infermeria i/o pacient), lloc o mitjà (consulta, telèfon, domicili, no acudeix), tipus de visita i contingut (administrativa previsible -AdP-, o imprevisible-AdI-, assistencial previsible-AsP-, o imprevisible-AsI-), interrupcions (SI/NO). "Assistencial"= necessitat de salut, "administrativa" = tràmit administratiu, "previsible" = es genera pel professional i "imprevisible" = el pacient la genera, dia normal o especial - urgències o domicilis -.

Resultats:

	Metge	Infermeria
Professionals	30	13
Nre. actes	4648	1450
Mitjana visites /dia	31	20
Arriben tard	6,8 %	2 %
Retard mig d'atenció	25,20 minuts	5,7 minuts
Visites a consulta	85%	87%
Consultes per tel.	3,3%	2,5%
Visites a domicili	1,9%	2,5%
No acudeixen	4,4%	5,7%
Actes assistencials	82 % (73% imprevisibles)	64%
Actes administratius	18% (52% previsibles)	36%
Tipus d'actes a consulta	80% cita prèvia i/prog.	63% cita prèvia i/o programada.
Interrupció	14%	17 %

Dels actes AsP el més freqüent és els resultats de proves (metges) i el control de malalties cròniques i tècniques en infermeria. I dels AdP les receptes de crònics i gestió d'incapacitat laboral.

Conclusions: Els actes AdP ocupen massa percentatge de la jornada d'un assistencial, especialment en infermeria, que haurien de ser externalitzats de la consulta.

El retard acumulat en la jornada és moderat en els metges, i no es justifica pel retard dels pacients ni les interrupcions .

Consulta telefònica: què opinem els professionals a l'atenció primària?

M^a Jesús Guiu Buendia; Laia Fornells Vilaseca;
Sònia Pérez López; Miquel Perona Pagan;
Laura Sebastián Montal; Encarnación Sánchez Fontcuberta.
ABS Nova Lloreda. Badalona.

Objectius: Conèixer l'opinió dels professionals sobre la consulta telefònica (CT) per millorar la pràctica assistencial.

Tipus d'estudi: Descriptiu transversal amb intervenció.

Emplaçament: Àrea Bàsica de Salut Urbana.

Subjectes: total de professionals sanitaris (48): 16 metges de família, 16 metges d'altres especialitats integrats i 16 infermers.

Intervencions/mesures: enquesta autoadministrada anònima sobre la utilitat, avantatges i inconvenients, de la CT.

Resultats: Han respost 33 professionals (68,7%): 69 % de metges de família, 75 % d'especialistes i 62,5% d'infermers. Un 75,7% utilitza la CT a la seva pràctica diària sense disposar d'un temps assignat. Un 81,8% creu que poden existir problemes legals relacionats. El 69,6% opina que pot ser útil per resoldre consultes de salut i el 66,7% pel seguiment de pacients domiciliaris mentre que només el 27,2% la considera útil per comunicar resultats de proves complementàries. Opinen que pot disminuir la demanda habitual (nombre visites diàries) el 48,4%. El 66,6% la considera útil pel professional i opinen que augmenta l'accessibilitat el 78,7% i la satisfacció de l'usuari el 81,8%.

Conclusions: La major part de professionals utilitzen la CT a la seva pràctica diària sense disposar d'un temps específic ni conèixer les repercussions legals que comporta. Opinen que pot ser útil per resoldre consultes sobre problemes de salut i pel seguiment de pacients domiciliaris. No consideren que sigui útil per a la comunicació de resultats ni per disminuir la demanda assistencial. Pensen que augmenta l'accessibilitat i la satisfacció de l'usuari i que és útil en general pel professional.

La incidència de la fibromiàlgia vista des de l'assistència primària

Maria Teresa Torras Bernaldez; M. del Mar Pedregosa Dueñas; Isabel Roig Grau; M. José Bernat López.

CAP Sagrada família. Manresa.

Objectiu: Estudiar el nombre de casos de fibromiàlgia, diagnosticats en un any en una unitat assistencial d'un centre de salut.

Tipus d'estudi: Descriptiu observacional.

Emplaçament: Assistència Primària.

Subjectes: Pacients atesos per una unitat assistencial d'un centre de salut.

Mesures i intervencions: S'escullen els casos a partir del fitxer d'històries clíniques del centre de salut, en base als criteris de diagnòstic clínic: existència d'almenys 10 punts dolorosos típics, proves radiològiques anodines i analítica amb proves reumatològiques normals, coadjuvència amb astènia o depressió.

S'estudien les característiques d'aquests casos (edat, sexe, diagnòstic, tractament).

Resultats: D'una població estudiada de 1.816 pacients, es realitzen en un any unes 8.600 visites (una mitjana de 40 pacients al dia), trobant-se entre ells 5 pacients del sexe femení que reuneixen tots els criteris de diagnòstic de fibromiàlgia. L'edat mitjana era de 42 anys. Totes elles van ser tractades amb ibuprofè i paroxetina. Només una d'elles va acceptar de bon grat el tractament antidepressiu, a dues els va costar molt convèncer-les tant del diagnòstic com del tractament, una altra va fer el tractament sense problemes encara que també va costar molt convèncer-la sobre el diagnòstic, i una es va negar a efectuar el tractament antidepressiu encara que sí que va fer el tractament antiinflamatori. Només dues van estar incapacitades per realitzar la seva feina habitual (una d'elles temporalment i l'altra permanentment).

Conclusions: Tant el diagnòstic com el tractament de la fibromiàlgia són de difícil comprensió per al pacient, atès, segons manifesten, a la falta de proves diagnòstiques que ho confirmen. També costa acceptar el tractament perquè les pacients senten més la limitació física que no pas la psicològica i per això no accepten tractament antidepressiu.