

COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 13 de septiembre (11:00 h)

O.2.1. Investigación clínica y de servicios sanitarios

Moderador:
Josep Farrés

PERFIL DE LAS MUJERES QUE UTILIZAN ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL

P. Nieto, A. Ramos, M.A. Ruiz, M.L. Sierra y M. Cardero
Epidemiología y Programas, Distrito Sanitario Sevilla Este-Sur, Sevilla. Centro de Salud El Greco, Distrito Sanitario Sevilla Este-Sur, Sevilla.

Antecedentes: El embarazo en adolescentes constituye un problema de Salud Pública pues aunque las tasas en el grupo de menores de 18 años representan sólo el 4,83% del total de embarazos en nuestro medio, es preocupante el incremento del número de solicitudes de Interrupción Voluntaria del Embarazo (I.V.E.) que se está registrando. Por ello el Servicio Andaluz de Salud en el marco del Plan de Atención a Jóvenes y ante la comercialización de la llamada "píldora postcoital" (Anticoncepción Postcoital o A.P.C.), en mayo de 2001 desarrolló medidas para asegurar la prescripción de la misma a aquellas mujeres que la demandasen a través de los Centros de Atención Primaria.

Objetivos: Conocer el perfil de las mujeres que han utilizado la anticoncepción postcoital en el Distrito Sanitario Sevilla Este-Sur y las condiciones de su uso.

Métodos: Estudio descriptivo de las mujeres que han solicitado A.P.C. en el Distrito, desde Mayo a Diciembre de 2001. La población de referencia consta de 178.034 mujeres en edad fértil. La información se recogió mediante el cuestionario de la Consejería de Salud que recoge datos de filiación de la solicitante, horas desde el coito de riesgo, uso anterior de anticoncepción y tipo, motivo de la solicitud y causa de la no prescripción. Para el análisis se determinó la distribución de frecuencias para cada variable.

Resultados: Se han solicitado 1.636 A.P.C. y prescrito 1.599 (en el mismo período del año anterior se prescribieron 1033). La causa de la no prescripción fue "valoración de riesgo mínimo" en 30 solicitudes. El 35,4% de solicitudes se realizaron por mujeres menores de 20 años y el 33,6%, entre 20 y 24 años. Los meses de mayor demanda fueron noviembre (20%) y julio (17,7%). El método de anticoncepción habitual declarado fue "preservativo" en un 85% de los casos, "hormonal" en el 3,7% y un 8,3% "no utilizaba ningún método". El número medio de horas desde el último coito fue de 20,8+15,8, y en 3 ocasiones la solicitud se hizo después de las 72 horas. El motivo de solicitud alegado con más frecuencia fue "rotura de preservativo" (65,3%), seguido de "no uso de método anticonceptivo" (15,2%) y "preservativo retenido" (12,9%). El 75% de las mujeres no había utilizado anteriormente la A.P.C., un 24,4% la había utilizado de una a tres veces y el 0,6% más de tres veces.

Conclusiones: La A.P.C. se utiliza fundamentalmente por mujeres jóvenes, el método anticonceptivo habitual que se usa más es el preservativo y con frecuencia se es reincidente en la A.P.C. La solicitud de A.P.C. se hace frecuentemente con una considerable demora desde que ocurre el coito de riesgo y se declara como motivo más frecuente la rotura de preservativo, causa ésta que parece carecer de fundamento y estar enmascarando una mayor tasa de no uso de método anticonceptivo.

158

157

EVALUACIÓN DE LA DETECCIÓN PRENATAL DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA CIUDAD DE BARCELONA DURANTE EL PERÍODO 1992-1999

J. Salvador, A. Borrell y A. Lladonosa

Servei d'Informació Sanitària, Institut Municipal de Salut Pública, Barcelona. Unitat de Diagnòstic Prenatal, Institut Clínic de Ginecologia y Obstetricia, Barcelona. Centre de Genètica Mèdica, Barcelona.

Antecedentes: La ecografía ha supuesto un enorme avance de las técnicas de diagnóstico por la imagen. Su versatilidad y más que probable inocuidad hacen que sea la técnica de elección en muchos procedimientos de diagnóstico. Sin duda es en obstetricia, donde tuvo su origen, el campo en el que presenta su mayor impacto. Para los obstetras ha supuesto poder visualizar la parte "invisible" del binomio materno-fetal, lo que ha introducido cambios substanciales en su práctica clínica. Entre otras aplicaciones, resulta fundamental para la detección prenatal de defectos congénitos, aunque su efectividad publicada es muy variada. La estructura poblacional del sistema de información del Registro de Defectos Congénitos de Barcelona (REDCB) es, no sólo idónea, sino imprescindible para conocer la situación real del diagnóstico prenatal, ya que los estudios hospitalarios suelen ilustrar situaciones parciales más optimistas que la realidad global.

Objetivo: Describir la evolución de la sensibilidad de la ecografía obstétrica para la detección prenatal de los defectos congénitos, agrupados por sistemas, registrados entre los nacimientos e interrupciones voluntarias del embarazo de las mujeres residentes en la ciudad de Barcelona entre los años 1992 y 1999.

Métodos: Se ha utilizado la base de datos del REDCB, que recoge información exhaustiva sobre aspectos del diagnóstico prenatal, como los defectos detectados por ecografía y el momento de la detección. El análisis básico ha consistido en calcular la sensibilidad de la ecografía obstétrica para 13 grupos de defectos (10 grupos de casos con defectos aislados específicos, un grupo con todos los casos con defectos aislados, otro grupo con todos los casos con dos o más defectos y un grupo con todos los casos) y observar su evolución durante el período 1992-1999.

Resultados: La sensibilidad global del período es del 50% (30% antes de la semana 23 de gestación). Entre los casos aislados, los defectos con sensibilidades más elevadas son los del sistema nervioso central, respiratorio y urinario, mientras que los que la tienen más baja son los de genitales, tegumento y cardiovascular. Estos grupos de defectos no han experimentado variaciones apreciables durante el período estudiado y, excepto el sistema urinario, no presentan diferencias entre la sensibilidad global y la registrada antes de la semana 23. Sólo los grupos de defectos de cara y cuello, digestivo y osteomuscular presentan una clara mejoría de su sensibilidad a lo largo del período. El grupo de casos con más de un defecto tiene una sensibilidad superior al grupo de todos los defectos aislados.

Conclusiones: La detección de defectos congénitos mediante ecografía obstétrica es mejorable en Barcelona. Aunque algunos defectos presentan poco margen para mejorar su detección, otros, como los cardíacos, presentan sensibilidades claramente superables. Esta mejoría puede alcanzarse aumentando la calidad de la técnica (los ecógrafos y el entrenamiento de los ecografistas) o, mejor y más fácil, organizando la asistencia en este aspecto del control prenatal para que la ecografía de 2º trimestre se efectúe en un centro donde esa calidad esté contrastada.

ANÁLISIS DE ALGUNOS FACTORES DESFAVORABLES DEL CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA Y MEDIDAS PARA CONTROLARLOS

D. Salas, J. Miranda, J. Ibáñez, C. Antón, D. Cuevas, F. Ruiz Perales, I. Vizcaíno y C. Herranz

Grupo de trabajo del Programa de Prevención de Cáncer de Mama C. Valenciana Dirección General para la Salud Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana

Antecedentes: La conveniencia o no de aplicar programas poblacionales de detección de cáncer de mama está determinada por el balance entre beneficios y efectos adversos. El beneficio principal esperado es la reducción de la mortalidad que necesita unos 10 años para poderse evidenciar. No obstante, muchas de las ventajas e inconvenientes se pueden analizar sistemáticamente en el proceso de evaluación de los programas de cribado de cáncer de mama.

Objetivo: Analizar aspectos desfavorables de los programas de cribado y proponer medidas para controlarlos en el marco del Programa de prevención de cáncer de mama de la Comunidad Valenciana (PPCM.CV).

Metodología: Se han considerado como desventajas: A- Morbilidad de la prueba 1º cánceres inducidos, para ello se ha calculado el detrimento radiológico (probabilidad de que se induzcan cánceres por radiación) a través del ASORAD- software de modelo matemático UNSCEAR. 2º Falsos positivos, sobrediagnóstico y sobretratamiento, se describen los indicadores del PPCM.CV año 2000 referentes a % de mujeres derivadas al hospital por grupos de edad, % de biopsias realizadas, % de tipo de tratamiento (conservador o no). B- Efectos psicológicos, como indicadores indirectos se han tomado: % de adhesión al programa, tiempos entre la mamografía y cirugía, actitud frente a la mamografía, percepción de la realización de la mamografía y valoración global de los programas de cribado (estos 3 últimos obtenidos de la Encuesta de satisfacción de las usuarias del PPCM.CV). C- Costes, se han analizado los costes del programa en relación a mujer explorada, cáncer detectado y cáncer precoz detectado.

Resultados: El detrimento radiológico es de 0,00002 y la relación cáncer detectado/cáncer inducido es de 450/2. La tasa de mujeres derivadas al hospital es del 5%, siendo mayor en la primera vuelta y en las mujeres más jóvenes (grupo de 45-50 años). La tasa de biopsias oscila entre 0,58 y 0,9%, es más elevada en los grupos de edad de 45-49 a y 60-65 a. La tasa de cánceres detectados es más alta en mujeres mayores, 4,7% en primeras citaciones, 3,2% en asistentes regulares y se eleva a 6,1% en asistentes irregulares. El porcentaje de tratamiento conservador es un 65,5%. La tasa de adhesión al programa del 90%. El tiempo entre la mamografía y la cirugía es menor a 2 meses en el 61% de los casos. El 99% de las mujeres consideran que la realización de la mamografía periódica es muy beneficiosa para la salud, les resultó molesta la prueba al 43%, la valoración global sobre el programa es satisfactoria para el 99% de las mujeres que acuden. El coste por mujer explorada es de 18,07 €, por cáncer detectado 4.843 € y por caso detectado precoz de 7.987,30 €.

Conclusiones: Los indicadores del PPCM.CV se encuentran dentro de los estándares definidos para los programas de cribado. Los programas de garantía de calidad y la formación continuada de los profesionales implicados permiten el control de los efectos desfavorables. Es necesario garantizar la información a las usuarias en todas las fases del proceso de cribado que aumentará la capacidad de decisión.

159

160

VALIDEZ DE LA AUTODECLARACIÓN DE LA OSTEOPOROSIS. UN ESTUDIO DE BASE COMUNITARIO

S. Pereira y H. Barros

Serviço de Higiene e Epidemiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Porto, Porto.

Introducción: La osteoporosis constituye una de las patologías crónicas más comunes en las mujeres siendo también una importante causa de muerte en los países desarrollados. En estudios de base comunitaria, el diagnóstico de osteoporosis podrá ser basado en la auto-declaración, con la consiguiente reducción de costes y posibilitando el aumento del tamaño muestral.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue evaluar la validez de la autodeclaración de osteoporosis en un estudio epidemiológico de base comunitaria.

Participantes e métodos: Observamos 573 mujeres residentes en la ciudad de Porto, con edad superior a 19 años, no institucionalizadas y seleccionadas por aleatorización de dígitos telefónicos. Utilizamos un cuestionario estructurado para la recogida de información socio-demográfica, clínica, reproductiva, comportamental e antropométrica. La densidad mineral ósea fue medida por absorciometría de rayos-x de doble energía (DEXA) en la columna lumbar y en el fémur. La auto-declaración de osteoporosis fue registrada antes de la realización de la densitometría ósea.

Resultados: La prevalencia de osteoporosis auto-declarada fue de 15,5%. Cuando avalada por densitometría ósea en el fémur esta fue de 27,4% y 19,7% en la columna lumbar. La utilización de la información auto-declarada mostró una sensibilidad de 29,9% (IC 95%: 23,0; 37,8) comparativamente a la DEXA en el fémur y de 27,4% (IC 95%: 19,7; 36,8) relativamente a la DEXA en la columna lumbar. La especificidad fue de 90,1% (IC 95%: 86,7; 92,7) y de 87,4% (IC 95%: 84,0; 90,3), respectivamente en el fémur y en la columna lumbar. La concordancia entre las dos formas de diagnóstico fue de aproximadamente 0,2 ($p < 0,001$) en el fémur y columna lumbar. El porcentaje de verdaderos positivos fue superior en las mujeres posmenopáusicas (58,1% vs 0%, $p < 0,001$ en el fémur y 35,8% vs 20%, $p < 0,001$ en la columna lumbar) y en las mas escolarizadas (69,2% vs 43,4%, $p < 0,001$ en el fémur y 66,7% vs 36,9%, $p < 0,001$ en la columna lumbar).

Conclusión: La información autodeclarada de osteoporosis tiene una baja sensibilidad, implicando una subestimación de la verdadera prevalencia de esta patología. La validez de la información depende de las características de la población tales como la menopausia y la escolaridad.

DESIGUALDADES SOCIALES EN LA REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS SEGUN LA ENCUESTA DE SALUD DE LAS ISLAS BALEARES

A. Pujol, E. Cabeza, M. Esteve, V. Thomás y C. Sánchez-Contador

Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears; Unitat d'Epidemiologia i Registre de Càncer de Mallorca; Gerència de Atenció Primària de Mallorca (Servei de Salut de les Illes Balears).

Antecedentes y objetivos: La tasa de incidencia de cáncer de cérvix observada en Mallorca es la más elevada de España y la del cáncer de mama ocupa la tercera posición (13,6 y 50 casos por 10⁵ habitantes/año respectivamente). La realización de citologías y mamografías es reconocida como una intervención efectiva para reducir la mortalidad de estos dos tipos de tumores. En las Islas Baleares existe un programa de detección precoz de cáncer de mama poblacional, dirigido a mujeres entre 50-64 años y un programa oportunista de cáncer de cérvix dirigido a mujeres de 25 a 64 años. Nuestro objetivo es investigar si existen desigualdades sociales en la realización de prácticas preventivas (citologías y mamografías) entre las mujeres residentes en las Islas.

Métodos: La información se ha obtenido de la encuesta de salud de las Islas Baleares (ESIB 2001), estudio transversal llevado a cabo en el año 2000-01 en una muestra representativa de la población no institucionalizada residente en las Islas. En este análisis se han incluido las mujeres mayores de 20 años. Las variables analizadas han sido la edad, estado civil, clase social (de acuerdo a la Clasificación Nacional de Ocupaciones, según las categorías propuestas por la SEE), nivel de educación, lugar de residencia y nacimiento, estado de salud percibido, grado de satisfacción con los servicios sanitarios, situación laboral y tipo de cobertura sanitaria (seguridad social o mixto). La relación de las variables que han mostrado una asociación significativa con la realización de citologías y mamografías se ha analizado mediante regresión logística.

Resultados: El estudio se basa en 560 mujeres. El 35% se hacen mamografías periódicamente (el 73% de las mujeres entre 50-64 años) y el 54% citologías (el 74% de las mujeres entre 40-49 años). No existen diferencias según el lugar de nacimiento o residencia, o el grado de satisfacción con los servicios sanitarios. El análisis de regresión logística muestra que la probabilidad de realizar una mamografía es mayor entre las mujeres de clase social II (OR = 2,23; IC: 1,11-4,49), las que tienen un seguro sanitario mixto (OR = 2,42; IC: 1,51-3,87) y las mujeres entre 40-49 años (OR = 6,15; IC: 3,44-10,99) y 50-64 años (OR = 8,66; IC: 4,76-15,78). El nivel de educación no ha mostrado una asociación significativa. Las solteras tienen una probabilidad menor de hacerse mamografías (OR = 0,26; IC: 0,12-0,54). En cuanto a la realización de citologías, la probabilidad de llevar a cabo esta práctica preventiva aumenta conforme aumenta el nivel educativo (OR = 2,35; IC: 1,32-4,17 para mujeres con estudios superiores) y la clase social (OR = 2,16; IC: 1,01-4,6 para mujeres de clase social I) y disminuye significativamente entre las mujeres mayores de 65 años (OR = 0,14; IC: 0,06-0,32) y las solteras (OR = 0,29; IC: 0,16-0,5).

Conclusión: En las Islas Baleares existen desigualdades sociales en la práctica de medidas preventivas. Las diferencias observadas entre la realización de mamografías y citologías pueden estar condicionadas por los distintos tipos de programas de cribado implantados en las Islas.

162

161

OSTEOPOROSE: CONHECIMENTOS E ATITUDES DAS MULHERES PORTUGUESAS

I. Marantes y H. Barros

Serviço de Higiene e Epidemiologia, Faculdade de Medicina do Porto, Porto, Portugal.

Antecedentes: A Osteoporose é uma patologia muito frequente, cujo reconhecimento é muitas vezes feito apenas quando ocorre uma fratura. No entanto, existem exames relativamente simples (DEXA, US) que permitem a definição da doença e a estratificação do risco, bem como decisões de prevenção secundária. O objetivo deste trabalho foi determinar a profundidade e a natureza do conhecimento sobre esta doença numa amostra de mulheres portuguesas representativa das várias regiões do país.

Métodos: As participantes foram selecionadas por marcação de números de telefone ao acaso, sendo identificados 18 estratos amostrais, um por cada distrito. A informação foi obtida por inquérito telefónico e compreendia perguntas de natureza demográfica, social, clínica e comportamental.

Resultados: Avaliaram-se 1250 mulheres, com idades compreendidas entre 18 e 90 anos (Mediana = 49 anos), com escolaridade entre 0 e 24 anos (Mediana = 4 anos), sendo 50% menopáusicas e tendo 14% referido pelo menos uma fratura óssea no passado. No último ano, 50% consultaram o médico pelo menos 3 vezes. 10% das mulheres nunca tinham ouvido falar da Osteoporose: eram significativamente mais velhas (65 vs 48 anos), iam mais frequentemente ao médico (5,4 vs 4,8 consultas) e tiveram mais fracturas (16,4 vs 13,7). Entre as mulheres que já tinham ouvido falar da doença foi dada a classificação mediana de 8 à Osteoporose numa escala de importância variando entre 1 e 10. 73% das mulheres consideraram que não fumar é importante para prevenir a Osteoporose, atribuindo também grande valor preventivo à ingestão de leite (95%), à prática de exercício (90%) e à perda de peso (79%). Contudo, 17% consideraram que a paridade (17%) e a amamentação (30%) protegem. 10% das mulheres afirmaram ter Osteoporose, referindo que o diagnóstico foi feito por densitometria óssea em 70% dos casos, que em média faziam 1,7 consultas/ano por causa da doença e estando 70% medicadas especificamente para a doença, sobretudo com cálcio e calcitonina. Observaram-se diferenças significativas na prevalência de conhecimento e atitudes entre as 18 regiões estudadas.

Conclusões: Este estudo mostrou que existem deficiências importantes no conhecimento das reais características da Osteoporose entre as mulheres portuguesas, sugerindo a importância de programas específicos de educação para a saúde.

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN HOMBRES O EN MUJERES EN FUNCIÓN DEL GENERO DEL MÉDICO

M. J. Rabanque, S. Márquez, V. Gosalbes y J.M. Abad Diez

Universidad de Zaragoza; Escuela Andaluza de Salud Pública; Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Valencia; Consejería de Salud de Aragón.

Objetivos: Analizar la existencia de posibles diferencias en conocimientos y prácticas, según el género del médico, en profesionales de atención primaria (AP) de la Comunidad Valenciana y de Aragón, en relación a actividades preventivas dirigidas específicamente a hombres o a mujeres.

Métodos: Estudio descriptivo transversal y multicéntrico en el que se incluyeron 318 médicos de AP, seleccionados por muestreo aleatorio: 84 de la Comunidad Valenciana y 234 de Aragón. *Fuente de datos:* Cuestionario autoadministrado, entregado mediante entrevista personal, sobre conocimientos y realización de 20 actividades preventivas. Se presentaron cuatro casos de supuestos pacientes de edades diferentes (75, 54, 46 y 16 años) que acudían a la consulta por un problema de salud banal. Se presentan los resultados de una actividad específica para varones: determinación de PSA (antígeno prostático); y dos actividades dirigidas a mujeres: citología de cérvix, y realización de mamografía. En el análisis bivariable se analizó la posible diferencia en adecuación de conocimientos y prácticas referidas, según el género de los médicos. Mediante regresión logística se analizó la asociación entre adecuación y las variables género, formación y situación laboral del médico, tipo de centro asistencial y comunidad autónoma (CA). Se consideraron respuestas adecuadas aquellas situaciones en que el médico daba la respuesta correcta a los cuatro supuestos prácticos o se equivocaba en uno.

Resultados: El 63,4% de los 318 médicos fueron varones y la edad media de 45,4 años (DE 6,1), los varones 46,06 años y las mujeres 44,05 ($p = 0,004$). También hubo diferencias significativas por género en la formación, existiendo un porcentaje mayor de generalistas entre los médicos mujeres, 42,2% frente a un 28,9% en varones. El porcentaje de médicos mujeres fue mayor en la Comunidad Valenciana que en Aragón (42,9% vs 34,3%). En el análisis bivariable sólo se encontraron diferencias significativas por género del médico en los conocimientos y prácticas sobre citología de cérvix. Según los resultados de la regresión logística, la adecuación de conocimientos sobre el PSA se asocia con la formación del médico (Medicina Familiar vía MIR frente a Generalista: RR = 4,69; IC 95% 2,37-9,28) y con la CA (Aragón vs Valencia: RR = 2,39; IC 95% 1,25-4,59) y negativamente con la edad del médico (RR = 0,92; IC 95% 0,87-0,97). La práctica sobre PSA también se asocia con la formación (RR = 2,53; IC 95% 1,37-4,67) y la CA, (RR = 1,96; IC 95% 1,13-3,41). La adecuación de la práctica en relación a la mamografía se asoció con la edad del médico, a mayor edad menor adecuación (RR = 0,95; IC 95% 0,91-0,99) y con la CA, menos adecuación en Aragón (RR = 0,572; IC 95% 0,32-1,00). En la citología de cérvix, tanto los conocimientos como las prácticas se asocian a la CA y al género del médico, siendo mayor la adecuación en Valencia y en las médicas mujeres.

Conclusiones: Existen problemas de adecuación en prácticas preventivas dirigidas específicamente a hombres o a mujeres. La formación y el género del médico y la CA se asocian con el grado de adecuación. En el caso de la citología de cérvix, tras ajustar por otras variables, las mujeres médicos presentan mayor nivel de adecuación en conocimientos y prácticas sobre esta actividad.

163

164

VARIABLES EXPLICATIVAS DE LA EXIGENCIA DE RECETA EN LA DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA

F. Caamaño, M. Tomé-Otero, C. Fernández-González, J. García-Marín, A. Montes y J.J. Gestal-Otero

Medicina Preventiva, Universidade de Santiago, Santiago de Compostela.

Antecedentes: El farmacéutico de oficina de farmacia es el responsable de la correcta dispensación de los medicamentos. Es conocido que en nuestro entorno hay poca exigencia a la hora de requerir la receta médica para la dispensación en las farmacias. Sin embargo no existen estudios que aborden la identificación de los factores condicionantes de esta mala praxis profesional. Identificar los factores asociados a la exigencia de receta para la dispensación de fármacos en las oficinas de farmacia.

Métodos: Estudio transversal sobre una muestra de 150 farmacias de la provincia de A Coruña. Se realizó un muestreo aleatorio simple. Para la medida de las variables se utilizó un cuestionario cumplimentado por el entrevistador. En cada farmacia se entrevistaron a todos los farmacéuticos presentes en el momento de la visita. Variables independientes: características sociodemográficas, académicas y laborales del farmacéutico, características de la farmacia y características socioeconómicas de la población atendida. Variable dependiente: Exigencia de receta para la dispensación de antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), antihipertensivos, benzodiazepinas y anticonceptivos orales. Se determinó tanto la exigencia de receta para los clientes conocidos como para los clientes no conocidos. Para el análisis de datos, se utilizó regresión múltiple.

Resultados: 123 farmacias (83%) y 164 farmacéuticos participaron en el estudio. El 34,1% (IC95%: 26,9; 41,1) manifiestan exigir receta para dispensar antibióticos, el 16,5% (IC95%: 10,8; 22,1) la exigen para AINES, el 53,7% (IC95%: 46,0; 61,3) para antihipertensivos, el 86,6% (IC95%: 81,4; 91,8) para benzodiazepinas y el 15,2% (IC95%: 9,7; 20,7) para anticonceptivos orales.

En el análisis multivariante, se asocian a una mayor exigencia de receta la mayor edad del farmacéutico ($p < 0,001$) y la formación FIR ($p = 0,028$). Por el contrario la condición de propietario o responsable de la farmacia ($p = 0,032$), el número de farmacéuticos que trabajan en la farmacia ($p = 0,045$) y el mayor nivel económico de la población atendida ($p = 0,016$) se asocian a una menor exigencia en la receta.

Conclusiones: 1) La exigencia de la receta médica es muy baja. 2) Los datos referidos a antibióticos resultan especialmente alarmantes, sobre todo teniendo en cuenta que recientemente se ha realizado una campaña sobre la necesidad de exigir receta. 3) La exigencia de receta para los AINES es extremadamente baja, si tenemos en cuenta su elevado riesgo de úlcera. 4) Los resultados confirman la hipótesis de que las prácticas del farmacéutico se ven determinadas por su formación, su circunstancia laboral, y el entorno en el que trabaja.

FUNCIÓN RESPIRATORIA EN LOS FAMILIARES DE ADOLESCENTES ASMÁTICOS Y NO ASMÁTICOS

C. Pereira y H. Barros

Serviço de Higiene e Epidemiologia, Faculdade de Medicina do Porto, Porto/Portugal.

Antecedentes: El desarrollo de patología asmática viene determinado por una compleja interacción de factores tanto de naturaleza genética como ambiental. También se ha observado la agregación familiar de esta enfermedad. El objetivo de este estudio es evaluar las diferencias en la función respiratoria entre familiares de adolescentes asmáticos y no asmáticos.

Métodos: En 101 Familias-caso, con por lo menos un adolescente con criterios de asma (presencia de episodios de disnea con broncoespasmo en ausencia de infección respiratoria) y 181 familias-control seleccionadas aleatoriamente entre los adolescentes sin criterios de asma, del distrito de Viseu, se evaluó, a través de visita domiciliar a los adolescentes y familiares convivientes (padre, madre y hermanos con más de doce años) en total 835 personas. Todos respondieron a un cuestionario y se midió el VEMS (volumen máximo expiratorio en el primer segundo) y la CVF (capacidad vital forzada) con el espirómetro Microlab 3300®. El VEMS se calculó con la fórmula ($100x$ [VEMS medido/VEMS previsto]) y el CVF con ($100x$ [CVF medido/CVF previsto]).

Resultados: Encontramos que el VEMS fue inferior en los familiares de los adolescentes asmáticos ($96,7 \pm 16,7$ vs $108,7 \pm 18,7$; $p < 0,001$ para los padres y $95,2 \pm 15,3$ vs $109,2 \pm 25,3$ $p = 0,003$ para los hermanos). Del mismo modo los padres y hermanos de los adolescentes asmáticos obtuvieron resultados inferiores de CVF ($87,5 \pm 14,7$ vs $101,0 \pm 18,4$ $p < 0,001$) y ($83,9 \pm 15,0$ vs $102,9 \pm 28,5$ $p < 0,001$) respectivamente. Las diferencias se mantuvieron estadísticamente significativas aun después del ajuste para la edad, sexo, altura e historia de asma por análisis de la covariación.

Conclusiones: Los familiares de los adolescentes asmáticos presentaron una reducción en los parámetros ventilatorios, independientemente de la edad, sexo, altura y de la historia de asma. La agregación familiar de las alteraciones respiratorias encontradas en este estudio, puede resultar de la semejanza de características constitucionales.

166

165

EFFECTO DE LAS ACTITUDES DE LOS PACIENTES SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS Y LA AUTOMEDICACIÓN: UN ESTUDIO DE COHORTES

E. Lado Lema, A. Figueiras, M. Vacariza, J.A. Ferreiro, R. Iglesias, M.C. Almiron, M.D. Gómez, E. Pellitero y J.J. Gestal

Universidad de Santiago de Compostela, Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, A Coruña.

Antecedentes y objetivos: Tradicionalmente la mayoría de las investigaciones sobre el proceso de decisión de la prescripción se han centrado en estudiar la influencia de las características del médico. Sin embargo, existen evidencias de que los procesos de decisión de la prescripción pueden estar influenciados por factores sociales ajenos a ellos, como los conocimientos y actitudes de los usuarios en materia de medicamentos. El objetivo de este estudio es valorar el efecto que ejercen las actitudes de los usuarios sobre la prescripción de medicamentos y la automedicación.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes en el municipio de Santiago de Compostela sobre los sujetos, mayores de 18 años, adscritos a un centro de salud que cubre población del ámbito urbano y rural. A continuación, se seleccionaron mediante muestreo aleatorio estratificado por edad a 937 sujetos a los que se les realizó una entrevista personal en su domicilio para valorar, entre otros, sus conocimientos y actitudes en materia de medicamentos. Después, se realizó un seguimiento de un año, que consistió en realizar una entrevista telefónica mensual a cada uno de los sujetos que habían sido entrevistados en su domicilio, para valorar el consumo de medicamentos prescritos distintos al tratamiento habitual (definiendo tratamiento habitual como el consumo de medicamentos para tratamientos crónicos), la automedicación (definida como el consumo de medicamentos sin prescripción del médico) y la automedicación irracional (realizada por recomendaciones de personal no sanitario). En el análisis estadístico se aplicó un análisis factorial de componentes principales para reducir la dimensión de las variables independientes. El contraste de hipótesis del análisis de cohortes se realizó mediante modelos de Cox para eventos recurrentes (Andersen Gill).

Resultados: De los 937 sujetos seleccionados, 649 (69,2%) contestaron al cuestionario en su domicilio. Las principales causas de no participación fueron: negativa a participar (145 sujetos: 15,5%), no estar en el domicilio después de 3 visitas (90 sujetos: 9,6%), cambio de domicilio o de lugar de residencia (45 sujetos: 4,8%), y fallecimiento (8 sujetos: 0,8%). La información de las 38 actitudes valoradas se resumió en 10 factores que explican más del 47% de la varianza. Ninguno de los factores se mostró asociado a la prescripción de medicamentos por parte del médico o del especialista. Sin embargo, el segundo (que mide la confianza del paciente en la capacidad de los medicamentos para curar) y el cuarto (que valora actitudes hacia la automedicación) sí estaban relacionados con la automedicación ($p < 0,05$ y $p < 0,01$ respectivamente) y con la automedicación irracional ($p < 0,05$ y $p < 0,01$ respectivamente).

Conclusiones: Las actitudes de los pacientes hacia los medicamentos no se encuentran asociadas con la prescripción de medicamentos, pero sí con la automedicación y con la automedicación irracional.

LA ATENCIÓN A PACIENTES EN SITUACIÓN TERMINAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO DEL PAÍS VASCO

E. Aldasoro, A. Perez, M. Olaizola, M. L. López, L. Ribacoba, A. Bañuelos, J. Carrera y C. Salbidegoitia

Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco; Osakidetza/Servicio Vasco de Salud

Objetivo: Conocer la calidad de la asistencia que recibía el enfermo terminal en el momento de la muerte y la situación clínica asistencial que lo rodeaba durante la enfermedad terminal en las siguientes modalidades de asistencia médica: hospitales de agudos, Servicios de Hospitalización a Domicilio (HAD) y Unidades de Cuidados Paliativos (UCP). Se planteó como objetivo secundario el estudiar el consumo de recursos en los últimos meses de vida.

Métodos: Se realizó un estudio de seguimiento de casos que fueron observados de manera retrospectiva a partir del momento de la muerte, a través de la historia clínica. El período de estudio fue el primer semestre de 1997 y el emplazamiento, todos los hospitales de agudos, los Servicios de HAD y las UCP de Osakidetza/servicio vasco de salud. Los sujetos a estudio eran los pacientes con enfermedad terminal por cáncer y para detectarlos se incluyeron las altas hospitalarias por fallecimiento. La calidad de los cuidados se investigó en el último episodio de hospitalización, es decir aquel en el que sobrevino la muerte, y el consumo de recursos en los 6 meses anteriores a la misma. Las variables se agruparon en tres categorías. Por un lado, las variables descriptivas, por otro, las variables relacionadas con el consumo de recursos (n°) y motivo de ingresos, contactos con urgencias, días de estancia) y finalmente las relacionadas con la calidad de los cuidados (motivo del ingreso, tipo de terapia, vía de administración tipo de alimentación, síntomas valorados, utilización de registros de control de síntomas tratamiento para el dolor, diagnóstico de agonia, etc.). Se utilizaron los estándares de calidad establecidos por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y los del Hospital General de Edmonton. Se diseñó un muestreo aleatorio estratificado por tipo de asistencia y hospital. El análisis de los datos consistió en la estimación de las frecuencias absolutas y relativas y su intervalo de confianza en el caso de variables cualitativas, y de la media y DE o mediana y rango intercuartil si se trataba de variables cuantitativas.

Resultados: La población a estudio fueron 486 pacientes, de los cuales el 67% eran varones y el 33% mujeres. El diagnóstico de enfermedad terminal se realizó al 57% de los pacientes, pero la mediana del tiempo transcurrido entre la fecha del mismo y la muerte fue de 10 días (RI:20). Los pacientes en su etapa terminal presentaban una mediana de dos ingresos (RI:1) y una estancia de 23 días (RI:30). La calidad de los cuidados en el último episodio de hospitalización en los tres modelos asistenciales comparados presentaba diferencias importantes. En los hospitales de agudos ingresaban por "deterioro progresivo" mientras que en los servicios de HAD y las UCP lo hacían para "control de síntomas". La prescripción de opiáceos a pauta fija, de laxantes y de corticoides fue significativamente más elevada en los servicios de HAD y en las UCP que en los hospitales de agudos. Lo mismo ocurría con la utilización de la vía oral y subcutánea en la administración de fármacos. El dolor fue el síntoma más veces valorado en su última estancia hospitalaria pero en las UCP su frecuencia era significativamente inferior. La agonia se diagnosticó al 52% de los pacientes y en estos el tratamiento "nada específico" (21%) era menos frecuente que en los no diagnosticados (21%). No se encontraron diferencias significativas en función del sexo de los pacientes.

Conclusiones: El diagnóstico de la enfermedad terminal no se realizaba a tiempo para permitir la instauración de un plan de cuidados paliativos. La diferente percepción de la enfermedad terminal entre los hospitales de agudos y las dos modalidades restantes se ponía de manifiesto en el motivo de ingreso, mientras en los primeros el término "deterioro progresivo" parece implicar una actitud pasiva, en los otros, el término "control de síntomas" transmite una actitud activa para conseguir el mayor confort del paciente. Lo mismo ocurría con los tratamientos y las vías de administración. La falta de diferencias en la calidad de los cuidados paliativos en función del sexo, podría deberse, bien a la falta de potencia del estudio, que no se diseñó estratificado por sexo, o bien a que en estados de tanta gravedad, el sesgo de género sea menor.

*Trabajo de Investigación Comisionada del Departamento de Sanidad. N° de registro: OSTEB A D9907

167

VARIACIONES GEOGRÁFICAS EN DOS PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA EN CATALUÑA: LIBERACIÓN DEL TÚNEL CARPIANO Y ARTROSCOPIA DE RODILLA

M.D. Estrada, C. Almazan, M. Oliva y M. Espallargues

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Barcelona.

Antecedentes y objetivos: En Cataluña, la liberación del túnel carpiano y la artroscopia de rodilla representan un volumen importante de la actividad en cirugía ortopédica en algunos hospitales, generando un problema de listas de espera. El objetivo del estudio ha sido describir la utilización de la liberación del túnel carpiano y la artroscopia de rodilla y las variaciones de las tasas estandarizadas de estos dos procedimientos entre sectores sanitarios de Cataluña.

Método: Estudio longitudinal descriptivo de la utilización de la liberación del túnel carpiano y artroscopia de rodilla a partir del Conjunto Mínimo de Datos del Alta Hospitalaria de Cataluña (1995-2000). Se han calculado las tasas estandarizadas por edad y sexo según el método directo, por los sectores sanitarios de residencia del paciente para el año 2000, seguido de un análisis ecológico de la variabilidad observada usando los indicadores de la misma desarrollados para el análisis de áreas pequeñas (razón de variación -RV- y coeficiente de variación ponderado -CVP-).

Resultados: El número de liberaciones del túnel carpiano en el año 2000 fue de 8.041, que representa un incremento del 82% respecto al año 1995. Este procedimiento se realiza predominantemente en mujeres (80%) y entre los 50-59 años. A partir del año 1996, la liberación del túnel carpiano se incorporó a los programas de cirugía ambulatoria, siendo el índice de sustitución en el año 2000 de un 48%. La tasa bruta de liberación del túnel carpiano en Cataluña fue de 13,2 por 10.000 habitantes (2000). La RV fue de 2,31 (cociente entre 21,94 y 9,49, tasa más alta y más baja respectivamente) y la CVP de 24%. Para este mismo año, el número de artroscopias de rodilla fue de 63.493, que supone un incremento del 69,1% respecto al año 1995. Un 62,3% de las artroscopias de rodilla se realizan en hombres y el 75% de los diagnósticos asociados corresponden a las lesiones de menisco crónicas. Un 80% de las artroscopias de rodilla se realizan de forma programada con ingreso hospitalario. La tasa bruta de artroscopias de rodilla fue de 22,6 por 10.000 habitantes para el año 2000. La RV fue de 7,4 (cociente entre las tasas más extremas: 40, 6 y 5,5) y el CVP de 54%.

Conclusión: A pesar de que la liberación del túnel carpiano y la artroscopia de rodilla son procedimientos ampliamente establecidos se observa variabilidad moderada-alta entre los sectores sanitarios para estos procedimientos. Ello podría sugerir diferencias en las indicaciones (estilos de práctica médica), en la oferta y/o en la demanda de estos procedimientos en el ámbito catalán. Esto contrasta con la amplia disponibilidad de guías de práctica médica identificadas para la indicación del tratamiento de la liberación del túnel carpiano, mientras que en el caso de la artroscopia de rodilla, las guías o recomendaciones sobre sus indicaciones son prácticamente inexistentes.