

## 2. Urgencias en un centro de salud: motivo de consulta, derivación, estado nutricional y calidad de vida de los pacientes que acuden

### EMERGENCY IN A HEALTH CENTER: REASON FOR CONSULTATION, REFERRAL, NUTRITIONAL STATUS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WHO COME

**Luis Mifsud Grau**

Licenciado en Medicina promoción 99-05, por la Universidad de Valencia.

#### RESUMEN

Los puntos de atención continuada son ejes fundamentales en la estructura de la sanidad pública española. Suponen alargar el horario de muchos de los centros de salud por lo que es accesible la consulta médica 24 horas durante 365 días al año.

Cada día se valoran a miles de pacientes en los puntos de atención continuada pero los estudios en este ámbito son escasos. Por ello consideramos que saber el perfil del paciente que acude a un punto de alta demanda, así como valorar la calidad de vida de los mismos mediante el cuestionario SF-36 permite conocer mejor a nuestros pacientes e intentar progresivamente ofrecer un mejor servicio.

**Palabras clave:** Urgencias, consulta, derivación, nutrición, calidad de vida.

#### ABSTRACT

*Attend emergency in primary care is fundamental in the structure of the Spanish public health. They suppose to extend the hours of the many health centers so that the medical consultation is available 24 hours a day, 365 days per year.*

*Thousands of patients are evaluated by physicians every day at this place but studies in this area are scarce. Therefore, we consider that knowing how is the patient who comes to this kind of health center, as well as assessing their quality of life through the SF-36 questionnaire will allow us to know better our patients and progressively try to offer a better service.*

**Keywords:** Emergencies, consultation, referral, nutrition, quality of life.

#### 1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La atención continuada que es como se entiende de manera habitual a las urgencias que vienen al centro de salud en horario fuera de la mañana, es un punto de asistencia importante en nuestro sistema sanitario. Se distribuye en un horario más extendido para que los pacientes pueda consultar los problemas de salud, así como atender a las urgencias una vez no está operativo el sistema de consulta habitual en atención primaria (1).

El actual modelo de atención primaria en la Comunidad Valenciana está dividido en lo que se entiende como áreas de salud como estructura fundamental del sistema sanitario, aprobado por el Decreto 42/1986, de 21 de marzo que pretende la concepción integral de la salud, incluyendo necesariamente, entre sus funciones, la atención a la urgencia mediante el establecimiento de turnos de atención continuada por parte de los miembros de los Equipos de Atención Primaria (EAP).

En el decreto 72/2001, de 2 abril de 2001 en su artículo 2: "Se entiende por atención continuada la atención permanente que se presta a la población fuera del horario ordinario del funcionamiento del centro, llevándose a término en los Puntos de Atención Continuada (PAC)".

En varias ocasiones los PACs son utilizados como una prolongación de las consultas de atención primaria las cuales deberían de ser la base, pero al ser la continuada adaptada a cualquier horario que pueda tener el paciente (está abierto 24 horas y la entrada es libre) se utiliza este recurso de manera indiscriminada (1,2). Se adaptan a la sociedad actual que lo quiere todo aquí y ahora sin comprender de forma habitual la importancia del seguimiento por parte del mismo profesional.

Como en otros aspectos de la medicina, los pacientes que acuden a la consulta de continuada no son homogéneos, pero sí que se observa que responden a un perfil diferente a los que acuden a la consulta de atención primaria (2, 3, 4, 5), siendo diferente también de los pacientes que acuden al centro hospitalario (6). Por todo ello se empieza a percibir entonces que requerían un abordaje distinto.

El aumento de frecuentación de los servicios sanitarios en general y de las urgencias en particular, es un hecho que caracteriza a la sociedad de consumo actual. Dado que se dispone de unos recursos limitados, sería necesario que la población adquiriera una mayor educación sanitaria, para concienciarse de la importancia de hacer un uso correcto y solidario de los servicios sanitarios. Utilizar dichos recursos de forma incorrecta ocasiona, no sólo un gasto considerable, sino que también disminuye la efectividad de los mismos y la calidad e la atención prestada.

El presente estudio tiene su origen en la necesidad de conocer las características de la demanda.

También existen lo que se conoce como pacientes hiperfrecuentadores que tienen otras cualidades a los de atención primaria (7) siendo el grupo principal el de los varones jóvenes con patología respiratoria los que se podrían agrupar en este subtipo a diferencia de las mujeres con patología crónica que ocurre en las consultas habituales de atención primaria (8). La otra parte del estudio se relaciona con las diferencias que comentábamos antes y es el aspecto de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes que acuden a atención continuada. No hemos encontrado ningún estudio que haga referencia a este aspecto en atención continuada. Como comentábamos antes se encuentra en un punto intermedio donde la bibliografía/estudios realizados son menor en volumen, hecho que puede tener múltiples opciones de análisis (9).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), supone un avance de la visión médica no restringida a la ausencia de enfermedad. El término *quality of life* pretende valorar situaciones respecto a su salud que no son estrictamente clínicas, sino relacionados con la vida diaria del paciente y de qué manera se ve condicionada por la presencia de un aspecto clínico, pero desde el punto de vista del propio paciente.

Para este análisis hay múltiples cuestionarios dependiendo de la patología que queramos estudiar. Muchos de los cuestionarios analizados son específicos de una patología, pero como a la consulta de atención continuada no vienen por un problema específico, se ha considerado que tendría mayor alcance si aplicamos el *Short Form 36* (SF-36) (10,11).

Es una encuesta de salud diseñada por el Health Institute de Massachusetts en 1985, que consta de 36 preguntas (está el abreviado que serían 12 que no tiene tanto respaldo en el momento actual). Con estas preguntas se intentan valorar ocho situaciones sobre la salud las cuales no se circunscriben a una única patología o tratamiento, intentando valorar tanto, aspectos positivos de la salud física y emocional como los negativos. Las preguntas del cuestionario son recodificadas con una escala de puntuación que te permite darle un número concreto por cada cuestionario tras lo cual de manera habitual se decide que valores por encima de 61 puntos gozan de buena, muy buena o excelente salud y por debajo sería mala o regular.

Estos ocho conceptos de salud los adjuntamos en la tabla que hay en el anexo I. El SF-36 tiene la ventaja para el investigador que puede ser rellenado por el propio paciente, así como por entrevistas telefónicas o en la propia consulta del centro. Sí que está validado para mayores de 14 años. El SF-36 fue adaptado a nuestro medio (10) y al mismo tiempo tiene una larga experiencia de uso (11).

Para mantener el estado de salud, es esencial mantener un adecuado estilo de vida, que guarda relación directa, sobre todo con la alimentación de calidad y con el ejercicio físico, aunque también va a depender de otros factores como los medio-ambientales, los genéticos y las características del sistema sanitario.

España, junto con los países europeos de su entorno, envejece a marchas forzadas. Pero quizás la mayor repercusión socio demográfica, sea el crecimiento del segmento de población mayor de 65 años. La tendencia para los próximos

años apunta a que, si en España a principios de los noventa un 13,8% de la población tenía más de 65 años, para el 2020 la población de más de 65 años representará el 19,7% y en el 2050 el 31,2%. Las metas de salud que la OMS propone para Europa para el siglo XXI se centran en “envejecer de forma saludable

En relación con estas metas de salud, podemos decir que la nutrición juega un papel muy importante en el proceso de envejecimiento. No olvidemos que, en la población geriátrica, la malnutrición y la discapacidad funcional son factores que pronostican mortalidad y morbilidad.

Un estado nutricional adecuado contribuye positivamente al mantenimiento de las funciones corporales, así como a la sensación de bienestar y a la calidad de vida; por el contrario, un estado nutricional inadecuado contribuye a la morbilidad asociada a las enfermedades crónicas y a una mayor mortalidad.

Los pacientes con malnutrición presentan una disminución de las defensas inmunológicas, mayor tendencia a la infección, aumento en la incidencia de las úlceras por decúbito, mala cicatrización de las heridas, disminución de las capacidades funcionales, estancias hospitalarias más prolongadas y aumento de la frecuencia de reagudizaciones, así como un aumento de la mortalidad.

Cambios en la estatura y el peso corporal, cambios en los compartimentos corporales, cambios en el aparato digestivo, cambios en los órganos de los sentidos, cambios en el metabolismo y cambios en el sistema nervioso son producto de los cambios fisiológicos que se presentan a medida que envejecemos. Todos estos procesos, muy diversos y variados que además se encuentran en un gran número de las patologías crónicas que se dan en la mayoría de los ancianos, contribuyen al aumento en la dificultad para el acceso a la comida, y ayudan al aumento de las posibilidades de presentar malnutrición.

Se estima que, de hecho, la malnutrición es muy frecuente en los ancianos, y se estima que se detecta en un 5% de aquellos mayores que viven en la comunidad, en un 30-50% de los institucionalizados y en un 65% de los ancianos ingresados en unidades de agudos.

La situación de estudios científicos se observa una centralización en el hospital y en este contexto no hay excepción cuando se valora la nutrición en las personas mayores de 65 años, siendo este aspecto un sesgo de gran repercusión, que no observamos cómo se requiere de forma habitual en nuestra consulta diaria.

Por ello planteamos un abordaje, rompiendo dos tendencias actuales. Queremos saber el estado nutricional de las personas que mayoritariamente nos consultan y no queremos hacerlo en su ingreso sino en cuando consultan en continuada

Se pretende describir la frecuencia de un problema tan importante como es la desnutrición en el anciano y las características más importantes de dicho problema en la población a estudio. Además se espera que el estudio aporte datos sobre los que basar hipótesis que podrían ser útiles para generar nuevos estudios e intervenciones.

Como instrumento o escala de valoración nutricional, utilizaremos el Mini Nutricional Assessment (MNA). Este se compone de 18 ítems y tiene un tiempo de ejecución menor a 15 minutos. Puede ser evaluado en todos los niveles asistenciales. Tiene una sensibilidad del 96% y una especificidad del 98%, con un valor predictivo positivo del 97% para detectar la desnutrición. Proporciona una estrecha correlación con la valoración clínica y los indicadores objetivos del estado nutricional.

Hay muchos mitos que debemos evitar y explicar en la medida de lo posible en las consultas entre los que destacamos.

### Mitos de la alimentación

La fruta como postre engorda más que consumida en otro momento.

Es necesario tomar suplementos vitamínicos para cubrir las necesidades.

Beber agua durante las comidas engorda.

Mezclar hidratos de carbono y proteínas engorda.

Los productos "light" adelgazan.

Los productos integrales adelgazan.

Los alimentos dietéticos pueden ser consumidos en grandes cantidades ya que no engordan.

El aceite de oliva no engorda.

Las frutas ácidas adelgazan.

Las mono dietas adelgazan.

Los conservantes de latas y botes son cancerígenos.

Los alimentos ricos en hidratos de carbono están prohibidos para los diabéticos.

Las vitaminas engordan.

Los alimentos que llevan grasas vegetales engordan menos.

Saltarse una comida adelgaza.

La remolacha engorda porque tiene mucho azúcar.

La margarina engorda menos que la mantequilla.

El pan tostado engorda menos que el pan blanco.

El pan integral engorda menos que el pan blanco.

El azúcar moreno engorda menos que el blanco.

El consumo de sacarina produce cáncer.

La cerveza sin alcohol no engorda.

La miel engorda menos que el azúcar.

Estando embarazada hay que comer por dos.

### Patologías

Muchas son las patologías que debemos valorar en atención continuada.

Cuando se dividen las patologías que requieren una actitud terapéutica de manera inmediata varios autores apuntan en señalar a:

Parada cardiorrespiratoria

Taponamiento cardiaco

Rotura de un gran vaso sanguíneo

Hemorragia intraabdominal

Dificultad severa para respirar

Traumatismo importante (habrá hemorragia visible o pérdida de conciencia)

También es importante no demorar el tratamiento de:

- Abdomen agudo.
- Intoxicaciones.

Hay patologías que requiere un diagnóstico precoz por el riesgo que supone a la sociedad como puede ser la tuberculosis.

Otras situaciones habituales son para intentar tranquilizar y discriminar los pocos casos urgentes como es el caso de:

- la fiebre de corta evolución,
- odinofagia,
- lumbalgia,
- heridas,
- golpes,
- vómitos,
- diarrea,
- otalgia....

Si nos centramos en el tratamiento que se requiere lo podemos dividir en diferentes situaciones.

Un abordaje con muchas aristas que debemos valorar supone el paciente paliativo.

### Dolor

- Escalera analgésica de la OMS.
- Primer escalón analgésicos no opioides.
- Ácido acetilsalicílico. Dolor intensidad leve-moderada
- Paracetamol. Cuando no se pueda utilizar AAS.
- Metamizol. Efectivo en dolor víscera.
- Ibuprofeno. Buena analgesia en picos dolorosos.

- Segundo escalón: analgésicos opioides débiles.
- Codeína.
- Dihidrocoideina
- Tramadol.
- Tercer escalón. Analgésicos opioides potentes.
- Morfina: es el fármaco de elección
- No olvidaremos asociar antiemético y laxantes.
- Puede ser de liberación inmediata o de liberación retardada.

También existe la posibilidad de modificar la vía de administración, siendo la oral la preferida se puede requerir a la transdérmica o parenteral si el paciente lo precisara.

En ocasiones se requiere un tratamiento coadyuvante con otros fármacos para el tratamiento del dolor, los cuales se pueden iniciar en cualquier escalón mencionado.

- Corticoides.
- Antiepilépticos.
- Antidepresivos.

Un síntoma que frecuentemente se puede manifestar es el digestivo, siendo la presentación muy diversa según la patología del paciente o en ocasiones como efecto secundario de la medicación utilizada. Así estaremos pendientes de los síntomas como:

- Náuseas.
- Estreñimiento.
- Anorexia.
- En el apartado de las náuseas, los antieméticos que podemos utilizar:
- Domperidona
- Metoclopramida
- Clorpromacina
- Haloperidol, el cual le permite en ocasiones buen control de síntomas en pacientes con patología avanzada y que precisan opioides potentes.
- Ondasetrón y derivados están teniendo una mayor relevancia en los últimos tiempos.

No olvidar hay pacientes que pueden cursar con obstrucción intestinal, siendo en este caso el abordaje diferente.

La diarrea es otro síntoma que se puede presentar, en ocasiones como efecto de su patología en otras como una falsa diarrea al ser por rebosamiento de la obstrucción, por lo que siempre es importante estar atenta a esta opción para no confundirnos.

Opioides es un tratamiento que podemos utilizar de manera frecuente.

Estos pacientes también adolecen en ocasiones de problemas con la boca seca por lo que recomendamos:

- Durante todo el día, lleve una botella de agua y de sorbos con frecuencia.
- Tenga líquidos junto a la cama por la noche.
- Use humidificador por la noche.
- Si se asocia sequedad nasal, realice lavados con suero fisiológico.
- Dormir de lado.
- Mascar chicles sin azúcar regularmente.
- Chupar caramelos sin azúcar.
- Mantener algún objeto en la boca como por ejemplo huesos de oliva
- Chupar cubitos de hielo aromatizados con limón.
- Beber líquidos antes durante y después de las comidas que debe de ser bajas en azúcares.
- Incluir comidas con consistencia pastosa como flanes, gelatinas o purés.
- Realizar comidas con más frecuencia.
- Usar protector labial durante el día y por la noche.
- Enjuagar la boca con agua después de comer.
- Consumir frutas como piña y naranja.
- Visitar al dentista regularmente.

Así también hay que destacar sustancias que aumentan la sequedad y deben evitarse.

- Tabaco y alcohol
- Cafeína y refrescos azucarados.
- Comidas con alto contenido en azúcar.
- Comidas secas (frutos secos, galletas,).
- Comida picante.
- Comida muy caliente.

### **Tabaco**

Otro aspecto destacable sería el hábito tabáquico por lo que nos gustaría destacar el folleto informativo que se entrega al paciente.

#### *Folleto informativo para el paciente fumador*

Cuando una persona fuma tiene una conducta de riesgo que le puede provocar serias alteraciones en su salud.

La mayor parte de fumadores son dependientes a la nicotina por eso el tabaquismo es considerado como una

Enfermedad Adictiva y Crónica y como la principal causa de enfermedad y mortalidad en nuestro país.

La mejor decisión que puede tomar un fumador para su salud es dejar de fumar, y no es suficiente con fumar menos porque con el tabaco no existe ningún nivel de seguridad (fumar entre 1 a 5 cigarrillos al día aumenta en un 40% el riesgo de infarto de miocardio) y además al ser una adicción es prácticamente imposible controlar su consumo.

#### *¿Es posible dejar de fumar?*

Sí, es posible, pero no es una tarea fácil. Una adicción tan asociada a la conducta no se cambia de un día para otro, por ello desconfíe de los tratamientos mágicos. Aunque en algunos casos resulta más fácil de lo previsto, lo habitual es que una persona necesite varios intentos antes de lograrlo, en este caso la recaída no se tiene que ver como un fracaso, es una oportunidad para aprender y prepararse mejor para el próximo intento. Aunque no sea fácil, no lo deje de intentar, muchos fumadores lo han conseguido.

#### *¿Qué beneficios obtendré si dejo de fumar?*

Mejorará su salud, respirará mejor, disminuirá el riesgo de padecer cáncer y enfermedades cardiovasculares.

Ahorrrará dinero.

Mejorará su aspecto físico: desaparecerá el mal aliento, el olor a tabaco, el color amarillo de dedos y dientes y mejorará la hidratación de su piel y tendrá menos arrugas

Protegerá a los que le rodean: su familia y amigos lo agradecerán, será un ejemplo de conducta sana para sus hijos, ellos tienen menor probabilidad de convertirse en fumadores si usted deja de fumar

Recuperará el sentido del gusto y del olfato.

*¿Qué puedo hacer si pienso en dejar de fumar?* Si está pensando seriamente, de forma decidida, en dejarlo y piensa que no necesita ayuda ¡ADELANTE!, lo más importante en este caso es su decisión y la fuerza de su voluntad. Y si piensa que necesita ayuda o tiene alguna duda, recuerde que su médico de familia puede ayudarle, él le indicará las distintas opciones terapéuticas y cuál es la que mejor se adapta a usted.

#### *Telemedicina*

En los estudios puede haber discusión en su utilidad, coste, pero no parece que perjudique que es lo primero que se debe mirar en todo acto médico.

Sí que hay evidencias (15), de que cierta Tecnología aplicada en la esfera del ámbito doméstico (término amplio de lo que se podría atribuir a la telemedicina), mejora múltiples enfermedades crónicas como la diabetes. El paciente también es hipertenso y en este aspecto no se enfatiza en esta evidencia.

Hay otras revisiones menos categóricas (16) pero que plantean la utilidad individual de la telemedicina.

Luego deberíamos hablar de la revisión (17). En ella contesta a la pregunta inicial también afirmativamente pero incide que los beneficios sería mayores cuando glicadada mayor de 9 que no es el caso del paciente que nos ocupa.

Con todo ello, si nos centramos en la pregunta en concreto la respuesta que considero mejor es que sí que es útil la telemedicina para mejorar las glucemias en la diabetes mellitus.

Por ello destacamos el estudio de JMIR (18). Es un ensayo clínico aleatorizado con una población que podría ser similar a la de nuestros pacientes (sí que le piden nociones de uso del móvil que no sé si tendría), y tras 6 meses hay evidencia del descenso de la glucemia postprandial y la glicosilada.

Puede tener un coste este acto médico (bien para el sistema de salud o para el paciente) pero tras el estudio realizado sí que le recomendaría que participara sabiendo de las limitaciones que pudiera tener. No se debe pensar que esto sustituye a la visita médica para siempre pero sí que puede mejorar el confort del mismo y su control de la diabetes.

No hay que olvidar el tipo de paciente que puede beneficiarse de esta tecnología (19), debido a que no siempre se plantea la mejor opción.

La revisión de Cochrane (15) me parece que tiene la suficiente fuerza. Cuando se mira el artículo (aunque lo dividen en múltiples opciones) sí que es verdad que tanto por edad como por posible que no segura dificultad para el manejo de ciertas herramientas que expresan, esto podría ser complejo para una persona mayor. También por la exclusión del sistema de telemedicina que utiliza que no puedo comparar en concreto con el que usaría mi paciente porque lo desconozco. En el estudio se valora más de 4 millones de paciente con 132 ensayos.

Claro que esto no hay que llevarlo al extremo pero la máxima de primun non nocere se debe mantener.

Y ya por último están las recomendaciones que aunque no siempre tienen una imparcialidad manifiesta en muchas ocasiones son muy útiles en la consulta, con las salvedades que uno pueda hacer en el día a día.

#### *Probióticos*

En la consulta de atención primaria la gastroenteritis es un cuadro clínico muy frecuente (estudios apuntan alrededor del 11% en las consultas de atención continuada). Durante los últimos años se ha ido extendiendo el uso de probióticos para el tratamiento o mejora de los síntomas, siendo en ocasiones aconsejado desde la consulta y en otras, por la posibilidad de venta libre en farmacias, por terceras personas con mayor o menor conocimiento sanitario.

Junto a ello en ocasiones los pacientes trasladan la duda si precisa el desembolso económico de los probióticos para su caso en particular.

Tema controvertido en nuestra área de salud, considero importante analizar los resultados obtenidos para una mejor ayuda a nuestros pacientes.

El primer artículo (20) seleccionado ha sido el de NEJM por dos factores. Es un ensayo clínico que pasa el control de las reglas CASPe para ensayos clínicos. Es reciente y en una revista de gran impacto. Con una dificultad en nuestro día a día que es que solo se centra en niños de 3 a 48 meses. Por lo demás me parece muy interesante.

El segundo artículo (21) es el que desglosaré a continuación. Una revisión de Cochrane que contesta a nuestra pregunta planteada. Si se compara con la ficha de lectura crítica que debemos de realizar a continuación, tiene múltiples similitudes si bien la pregunta 5 de CASPe (combinado) me parece muy pertinente atenderla debido a la variedad de patología que provoca la diarrea/gastroenteritis así como los diferentes probióticos que se manejan.

El tercer artículo (22) es otra revisión planteada más actualizada pero con un papel destacado de las guías con la disminución de potencia que tiene esto para su evidencia. Contesta bien a nuestra pregunta pero luego se centra demasiado en las diferentes guías que hay para el tratamiento.

El cuarto artículo (23) es similar pero centrándose en los niños (hasta 18 años). Como esto no lo especifico en la pregunta PICO planteada (en el día a día vemos tanto niños como adultos), me parece más acertado escoger el segundo. Por lo demás es muy extenso y pormenorizado dando una explicación de las opciones muy válida.

Los otros artículos (24-25-26), valoran otras aplicaciones de los probióticos.

Por todo ellos concluimos que en la diarrea aguda no tras antibiótico:

- Los probióticos reducen la duración de la diarrea. El tiempo varía entre con IC 95 (15,9 a 33,6horas)
- Los probióticos disminuyen el número de deposiciones a partir del segundo día con una media de 0,80
- No se observan efectos secundarios del uso de probióticos.

### Urgencias ginecológicas

En el caso de las urgencias ginecológicas por su peculiaridad, es importante adaptarnos al protocolo existente que se detalla:

1. Las urgencias ginecológicas deben remitirse a la Puerta de Urgencias del Hospital.
2. Los C.S.S.R. realizarán la prevención de cáncer de cérvix (según la normativa de la Consellería de Sanitat) y los controles ginecológicos de la mujer durante su periodo reproductivo. Cuando la mujer llegue a la menopausia (un año sin menstruación), dicho cribaje se realizará a través del programa de la "Mujer mayor de 40 años" si está implantado en el Centro de Salud o en Ginecología. El programa de prevención de cáncer de cérvix debe comenzar al año del inicio de las relaciones sexuales y finaliza a los 65 años.
3. Las mujeres con diagnóstico citológico de "ASCUS", "CIN I" y "SIL de bajo grado" deben ser controlados en

el C.S.S.R. Cuando dicho diagnóstico persista en dos controles serán remitidas a Ginecología. Las mujeres con diagnóstico citológico "CIN II", "CIN III" y "SIL de alto grado" serán remitidas directamente a Ginecología.

4. Se recomendará a todas las mujeres del Departamento Sanitario 03 que sigan el programa de prevención de Cáncer de Mama de la Conselleria de Sanitat, que practica la mamografía desde los 45 hasta los 65 años.
5. Las niñas y adolescentes con trastornos menstruales funcionales juveniles serán estudiadas y tratadas en el C.S.S.R. Se derivarán a Ginecología cuando se detecte una patología orgánica o una falta de respuesta al tratamiento.
6. Las mujeres con trastornos menstruales funcionales en edad reproductiva serán estudiadas y tratadas en el C.S.S.R. Se derivarán a Ginecología cuando se detecte una patología orgánica o una falta de respuesta al tratamiento.
7. Las mujeres con trastornos menstruales funcionales perimenopáusicos serán estudiadas y tratadas en el C.S.S.R. Se derivarán a Ginecología cuando se detecte una falta de respuesta al tratamiento o exista una sospecha de patología endometrial.
8. Las mujeres con sangrados postmenopáusicos se derivarán a Ginecología.
9. Las mujeres con leucorreas y pruritos en edad reproductiva (premenopáusicas) serán estudiadas y tratadas en el C.S.S.R. Se derivarán a Ginecología cuando se detecte una patología orgánica o una falta de respuesta al tratamiento.
10. Las mujeres con leucorreas y pruritos menopáusicos se derivarán a Ginecología.
11. Las mujeres con diagnóstico de miomas uterinos se controlarán en el C.S.S.R. siempre que su sintomatología sea controlable. En el caso contrario se remitirán a Ginecología. Cuando una mujer con miomas inicia la menopausia, dichos miomas pierden su actividad y se atrofian, por cuyo motivo no requieren ningún control especial.
12. Las mujeres con diagnóstico de quistes anéxales funcionales se controlarán en el C.S.S.R., siempre que su sintomatología sea controlable y su tamaño < 4 cm. Los quistes endometriósicos y complejos serán controlados en Ginecología.
13. Las mujeres con pólipos cervicales serán tratadas en el C.S.S.R. Mientras que las que su diagnóstico sea de pólipo endometrial serán remitidas a Ginecología.
14. Las mujeres con histerectomía total (con doble aneextomía, aneextomía unilateral o sin aneextomía) no requieren control ginecológico. No existe ningún programa de prevención que haya demostrado eficacia para la detección del cáncer de ovario. Se deben remitir al programa de la "Mujer mayor de 40 años" para fomentar hábitos de vida saludables.

- 15. Las mujeres con sintomatología de prolapso genital o incontinencia urinaria deben ser remitidas a Ginecología.
- 16. Las mujeres con deseo de esterilización tubárica o varones con deseo de vasectomía serán remitidos al C.S.S.R. para su valoración, posteriormente se derivarán a Ginecología o a Urología.
- 17. Las mujeres con esterilidad o infertilidad serán remitidas a Ginecología por el Médico del C.S.S.R .
- 18. Las puérperas con una pérdida fetal anteparto, intraparto o postparto saldrán del Hospital con cita (telefónica) con el psicólogo del C.S.S.R. En el caso de no ser posible el contacto, se facilitará a la interesada la solicitud de la cita para que la presente personalmente en dicho Centro.

**Exploración oftalmológica**

- Anamnesis: Agudeza visual, síntomas y signos.
- Exploración ideal: Lámpara de hendidura.
- Exploración “ojo desnudo”:
  - Estado conjuntiva, córnea...
  - Reflejo pupilar.
  - Habilidad evertir el párpado.
  - Manejo fluoresceína / fluotest.

**Tratamiento**

*Hiposfagma*

- NO PRECISA TRATAMIENTO.
- Si molestias: lágrimas artificiales.

*Conjuntivitis*

1. Lavados con SF (frio) c/12h
2. ATB colirio c/6h
3. AINES colirio c/6h
4. Lágrimas artificiales (frías)

Bact: 7-10 d Vírca: 10-15 d

*Queratitis*

- Pomada ATB c/8h 5 d
- y/o
- Lágrimas artificiales c/4-6 h
- y/o
- ciclopléjico 1c/8h

*Uveitis/ glaucoma*

Avisar OFTALMOLOGO.

*Cuerpo extraño*

- Intentar quitarlo con SF o con torunda de algodón.
- OCLUSIÓN 24 HORAS
- Pomada ATB c/8h 5d
- Si dolor: cicloplejico c/8h 2d
- Si no se puede extraer: Oclusión + pomada àOftalmólogo.

CAUSTICACIONES Álcali/Ácido

- LAVADO ABUNDANTE SF (30 minutos)
- Leve-Moderado: Pomada antibiótico más cicloplejia y oclusión (oftalmólogo)
- Severo: Oftalmólogo

*Queratoconjuntivitis fotoeléctrica*

- Historia clínica: Soldador, ha estado soldando esporádicamente o viendo soldar.
- SIN GAFAS DE PROTECCIÓN
- Intenso dolor
- Con tinción fluoresceína: queratitis.
- NO CUERPO EXTRAÑO.

*Diagnóstico diferencial ojo rojo.*

OJO ROJO	HIPOSFAGMA	CONJUNTIVITIS	QUERATITIS	UVEITIS	GLAUCOMA
Dolor	NO	NO	SI+	SI ++	SI+++
Inyección ciliar	NO	NO	SI	SI	SI
Exudado	NO	SI	NO	NO	NO
Pupila	Nr	Nr	Nr	MIOSIS	MIDRIASIS
Tono ocular	Nr	Nr	Nr	VARIABLE	ALTO
AV	Nr	Nr	BAJA	BAJA	BAJA
AO	NO	SI	NO	NO	NO

- OCLUSIÓN 24h
- Pomada ATB+corticoide c/8h 7d
- Ciclopléjico c/8h 2d

#### Visión de "moscas volantes"

- Refiere "hilos", "moscas", "puntos negros", que se mueven cuando mueve el ojo.
- Fundamental:

¿Lleva mucho tiempo viendo estas cosas sin apenas modificación, o han aparecido de manera repentina?

Problema de larga evolución: degeneración vítrea normal con la edad, aparece antes en pacientes miope.

Cambio brusco → exploración oftalmológica.

*Orzuelo* (edema doloroso y enrojecimiento causado por una inflamación aguda de las glándulas asociado con los folículos de las pestañas)

- Compresas calientes
- Masaje con pomada ATB+corticoide c/8h 10d

*Chalacion* (edema indoloro causado por una irritación crónica de la glándula de Meibomio en la parte interna del párpado).

- Remitir Centro Especialidades → tratamiento quirúrgico

#### Dacriocistitis

- Compresas calientes
- ATB vo 7-10d
- AINES vo
- Si >65 a + repetición → remitir C.Esp valorar tratamiento quirúrgico.

**Naya Cendón C, Rodríguez de la Iglesia M.A, Blanco Rodríguez E. Estudio de la frecuentación a un servicio de urgencias extrahospitalario. Motivos de consulta, opinión de los usuarios y posibles soluciones. Cad Aten Primaria 2010;17:15-18.**

Es un tipo de estudio descriptivo donde se observaran las características de la demanda de las urgencias en un punto de atención continuada así como de la frecuentación y de la derivación hospitalaria. Se divide por una parte haciendo un análisis retrospectivo de la demanda y por otro hacen un corte transversal de la opinión de los pacientes que acuden pasándoles una encuesta que determina alguno de los motivos por los que acuden. Concluyen que se observa que se ha generalizado el uso de continuada como prolongación de las consultas de atención primaria.

**Galiano Leis MÁ, Fernández Rodríguez, MT. Perfil de los pacientes que deciden acudir a un Punto de Atención Continuada (PAC). Cad Aten Primaria. 2013; 19:160-64.**

El objetivo de este estudio era determinar las características de los pacientes que deciden acudir a un punto de atención continuada pero con la particularidad que le preguntan del motivo por el cual no acuden a su médico en horario de consulta habitual. Para poder seleccionar a estos pacientes deciden que las patologías por las que consultan deben de tener 48 horas de evolución (excluyendo el fin de semana), siendo ello un tiempo razonable para que su médico los pudiera ver. Se observa que al seleccionar esta población ya pueden preguntarle el motivo por el que no han solicitado cita a su médico de atención primaria, concluyendo que es un perfil de paciente diferente a la consulta de primaria. El prototipo es una persona joven sin enfermedades crónicas. Se considera por ello que tienen unos factores más culturales y sociales que de infraestructura del propio centro de salud, que sí que les ha dado la oportunidad de consultar por su problema.

**Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data BMJ 2017; 356.**

Tiene como objetivo principal el estudio es evaluar como la continuidad asistencial de un médico de atención primaria puede reducir los ingresos hospitalarios. Cabe destacar este estudio que, si bien no participa la atención continuada como tal (el estudio se desarrolla en Inglaterra), sí que se evidencia como el ir siendo cada vez un médico al cual se va consultando (que es lo que pasa con los pacientes que acuden a continuada), este aspecto tiene un elevado valor de salud y económico para el paciente y la sociedad.

**Vilagut Gemma et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit, Barcelona, v. 19, n. 2 p 135-150, abr.2005.**

Artículo que consiste en una revisión del cuestionario SF-36 (79 artículos se seleccionan) donde se demostró una buena discriminación entre grupos de gravedad, correlación moderada con indicadores clínicos y alta con otros instrumentos de calidad de vida en relación con la salud. Los autores concluyen, por ello, que es un buen instrumento para la práctica clínica, así como un buen método de investigación.

**B. Vázquez Quiroga, et al. ¿Por qué acuden nuestros pacientes a urgencias del hospital? Atención Primaria. Vol. 25. Núm. 3. 28 de febrero 2000.**

Se intenta analizar al sobreutilización de las urgencias en el medio hospitalario con un estudio descriptivo transversal. Se realiza una encuesta telefónica a los pacientes que han acudido en un tiempo limitado de tiempo. Se apunta que el 32% no conoce la opción de urgencias extra hospitalarias así como perciben una asistencia más técnica y más rápida. Un 8% considera que la atención en atención primaria es mal. Concluyen que la mayoría de usuarios utiliza los servicios por la inmediatez y volvería a utilizarlo aunque considera que desde otros niveles asistenciales también se les podría atender.

## 2. JUSTIFICACIÓN

Somos multitud de médicos que desempeñamos este trabajo, algunos como complemento tras su consulta de atención primaria y otros con un contrato específico. Siendo uno de los puntos de acceso al sistema sanitario, consideramos importante el conocimiento de la situación y características de los pacientes que atendemos. Sin embargo, en ocasiones estamos en un espacio "intermedio" donde no se valora esta actuación de enlace con la consulta de atención primaria habitual ni como estructura de urgencias que se suelen vincular más al uso de hospital (9).

En ocasiones nos encontramos con asistencias tanto en domicilio del paciente como en la consulta del centro de salud que no corresponden con una patología que requiera atención urgente, sin embargo, es vivida como tal por parte del paciente (emergencia sentida). Se plantea que entre los motivos que puedan llevar a esta solicitud de asistencia estén la medicalización de la vida, así como la tendencia del usuario hacia un servicio rápido y accesible (12). Si bien es verdad y como se apunta en el *British Medical Journal* (13) hay una pérdida de la continuidad asistencial con el paciente lo que provoca una pérdida de salud para el paciente. Somos profesionales que realizamos esta actividad, pero luego no tiene el seguimiento (de forma habitual) que sí que tienen las consultas de atención primaria, por lo que se pierde esta base de la atención primaria para ofrecer un servicio añadido.

Pero si enlazamos todos los aspectos podremos ver la importancia del otro aspecto del estudio que es la evaluación de la calidad de vida de estos pacientes. Como hemos comentado anteriormente existen varios estudios que evalúan la calidad de vida en los pacientes de atención primaria, muchos en el hospital y en ciertas patologías, pero ninguno encontrado con los pacientes de atención continuada.

Por todo ello, consideramos que es importante conocer la población que atendemos en el ámbito de la atención continuada. Las preguntas clásicas de cuánto, cuándo, dónde y quién las debemos saber en nuestro entorno para una mejor asistencia y también estudiar la calidad de vida de los pacientes que solicitan este servicio (14).

Si nos centramos en el centro de salud que es objeto de este estudio, es un punto de atención continuada con un elevado grado de presión asistencial en el centro, así como en las múltiples asistencias en domicilio que se hacen.

El estudio se realizará en el punto de atención continuada (PAC) de Burriana, siendo el punto de atención continuada tanto de los habitantes de esta población como los de Alquerías del Niño Perdido. Con resultados del INE (Instituto Nacional de Estadística) en 2018 de 34544 para Burriana y de 4460 para Alquerías del Niño Perdido. Unas 40000 personas son las adscritas al PAC, sabiendo que el turismo nacional, así como número de temporeros en época de recolección de cítricos, eleva esta cifra. El horario del mismo es, de lunes a sábado, de 15.00 a 8.00 y los domingos y festivos de 8.00 a 8.00. Se dispone de dos consultas para medicina, una para enfermería y de forma ocasional se puede habilitar una consulta extra en el caso que hubiera un médico residente de familia o un médico de refuerzo en alguna época del

año. Las consultas disponen de medicamentos urgentes y material habitual. Se dispone de dos mochilas para avisos, oxígeno y carro de paradas. No se dispone de transporte en ambulancia ni taxi de forma habitual, siendo los propios profesionales los que prestan su coche para los servicios domiciliarios.

Si bien hay estudios (2, 3, 4,5) que se localizan en Aragón, Galicia y Cataluña, ninguno lo hace en la Comunidad Valenciana. Por todo ello y porque ninguno ha considerado la calidad de vida del paciente consideramos este estudio justificado.

Como complemento de este estudio al coger una muestra tan amplia de pacientes se plantea un objetivo secundario a valorar el uso de nuevos anticoagulantes que cada día vemos más en las consultas de atención continuada.

### 1. Ventajas de los nuevos anticoagulantes

La que puede parecer la mayor ventaja para el paciente es que no precisan controles. No responden a un control del INR como los antagonistas vitamina K.

Presentan menor interacción (algunos estudios plantean que sí que hay pero son poco conocidas) con otros medicamentos (no actúan en el citocromo p450), así como alimentos (28).

Desde el punto de vista de los estudios sí que parece evidente un menor riesgo de hemorragia intracraneal y los estudios de no inferioridad tienen una evidencia sólida (29). Hay estudios que pudiera ser el dabigatran superior a warfarina en el cómputo global de hemorragia. Incluso si se quita el beneficio de la menor hemorragia intracraneal, sí que parece superior en la prevención de ictus isquémico (30).

Tienen un comienzo de acción más rápido.

### 2. Inconvenientes de los de los nuevos anticoagulantes

Son relativamente nuevos por lo que no se sabe sus efectos a largo plazo en muchos de ellos.

El hecho de ser dosis fijas puede dar lugar a actuaciones subterapéuticas o excesivas en pacientes con habitualmente gran comorbilidad y que si los controlas con el INR de manera estrechas si hay un cambio en la anticoagulación lo observarás antes. Es un relativo punto negativo que no se puedan monitorizar de manera fácil.

El precio es superior incluso cuando se les añade el precio del control del INR a los antivitamina K.

Limitado en casos de alteración hepática o renal grave.

Dudas en cuanto al perfil del riesgo cardiovascular así como la tolerancia gastrointestinal.

Aumento de sangrado hemorragia gastrointestinal.

No usar en pacientes con alteración en las válvulas cardiacas porque solo en el estudio de la revisión de *Circulation* son más flexibles en este aspecto (28).

### 3. Qué decisión tomar ante un paciente con FA que debe ser anticoagulado, cuando decidimos por los nuevos, cuando seguir con los tradicionales

Esta es la cuestión más compleja de responder. Si bien he intentado apoyarme en los diferentes textos de la búsqueda sí que es verdad que las recomendaciones en muchos casos están "caducadas". Considero que no es el mejor término para definir pero sí que requieren una actualización (29).

Si nos fijamos en el la guía más actual, la de Circulation, estos son más abiertos al uso de los nuevos anticoagulantes, refrendando esta opinión en un nivel de evidencia elevado para hacer esta afirmación.

El texto que considero más comedido y que plantea la situación de una manera más prudente es el de la AEMPS. Si bien es del 2016, actúa con cautela ante los cambios generalizados que se pudieran hacer.

Primero deseo recordar que lo que queremos para nuestro paciente es la complicación de la FA no otras indicaciones de anticoagulación por lo que nuestra búsqueda se ha centrado en la actuación ante un paciente con FA (excluimos cáncer, postoperatorio,...).

Si nos atenemos a AEMPS, los criterios para darle un anticoagulante directo serían:

- Pacientes con hipersensibilidad conocida o con contraindicación específica al uso acenocumarol o warfarina.
- Pacientes con antecedentes de hemorragia intracraneal (HIC) (excepto durante la fase aguda) en los que se valore que los beneficios de la anticoagulación superan el riesgo hemorrágico.
- Pacientes con ictus isquémico que presenten criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de HIC, definido como la combinación de HAS-BLED  $\geq 3$  y al menos uno de los siguientes: leucoaraiosis grado III-IV [25] y/ o micro-sangrados corticales múltiples. Los anticoagulantes directos podrían representar un beneficio en comparación con AVK en estos pacientes debido a su menor potencial para inducir Hemorragia intracraneal.
- Imposibilidad acceso a control INR.
- Pacientes en tratamiento con AVK que sufren episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de un buen control de INR.

Para todos los otros casos el acenocumarol en nuestro medio es una buena medida, con conocimiento por parte de todo el sistema sanitario, coste-efectiva superior a los anticoagulantes directos y que lo que considero más importante, que todavía se tiene margen de mejora para el control de este medicamento (ajustes, autocontrol, dosificación, ...) que si se realizara de manera intensiva sería un medicamento aún más seguro y con mayor capacidad para evitar el riesgo de la FA por lo que los beneficios que pudiera tener en algunos casos los anticoagulantes directos se recortarían o incluso pudieran desaparecer(31).

En el caso de la revisión más reciente de Circulation, la cual personalmente no me acogería de manera férrea, los cri-

terios para el uso de los nuevos anticoagulantes en la fibrilación auricular (que son los mismo que para el flutter auricular), es usar los nuevos anticoagulantes antes que la warfarina excepto en aquellos con estenosis severa o modera de la válvula mitral o prótesis en alguna válvula cardiaca. También indican que tiene una mayor evidencia (A) el uso de warfarina cuando CHA2DS2-VASc score es mayor o igual a 2 en varones y 3 o mayor en mujeres. Si viene le dan a al uso de los nuevos anticoagulantes la posibilidad con nivel de evidencia B (28, 29,30)

Si bien, no es donde me acogería, sí que considero positivo que se tenga en cuenta para saber por dónde puede ir de manera potencial nuestra actuación clínica futura.

### 3. HIPÓTESIS

Se puede mejorar la calidad de la atención a los pacientes conociendo su calidad de vida respecto a la salud así como el perfil de los mismos y su patología.

### 4. OBJETIVOS

#### Objetivo principal

- Conocer la calidad de vida de los pacientes que acuden a un punto de atención continuada mediante el cuestionario SF-36.

#### Objetivos secundarios

- Conocer la calidad de vida de los pacientes que acuden a un punto de atención continuada en función de los diferentes apartados del cuestionario SF-36
- Describir las características sociodemográficas de los pacientes y conocer su relación con la calidad de vida
- Conocer los principales motivos de consulta por los que acuden los pacientes a la atención continuada
- Conocer si los principales motivos de consulta difieren en función de los intervalos horarios en los que acuden al PAC
- Conocer si los pacientes que acuden al PAC también acuden a su médico/a de familia y/o enfermero/a.
- Uso de los nuevos anticoagulantes en el servicio de atención continuada.

### 5. MATERIAL Y MÉTODOS

#### 5.1. Tipo de estudio

Estudio observacional descriptivo transversal mediante encuesta anónima.

#### 5.2. Población de estudio

1. *Población diana*: todos los pacientes que acuden al punto de atención continuada de Burriana.

2. **Muestra.** Se incluyen los pacientes que soliciten la asistencia a este punto de atención continuada a los que se les pasará la encuesta en función del tamaño muestral calculado y el método de muestreo elegido.

### 5.3. Criterios inclusión

Los pacientes que acudan al punto de atención continuada.

Mayor de 18 años

Aceptar participar en el estudio.

### 5.4. Criterios exclusión

Por motivos de salud no puedan contestar a las preguntas.

Por motivos idiomáticos no pueden contestar.

Por ser menores de 18 años.

Rechazar participar en el estudio.

### 5.5. Cálculo del tamaño de la muestra

Utilizamos la fórmula para estimar una proporción para una población finita:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

donde:

- $N$  = tamaño de la población (39604)
- $Z_{\alpha}$  = nivel de confianza (1'96 para una seguridad del 95%)
- $p$  = proporción esperada (50% = 0'5)
- $q = 1 - p$  (1 - 0'5 = 0'5)
- $d$  = precisión (3% = 0'03) por tanto,  $n = 202$

Teniendo en cuenta que las pérdidas podrían ser del 10%, el tamaño de la muestra debe ampliarse a 222.

### 5.6. Método de muestreo

Se realizará un muestreo aleatorio sistemático en función del tamaño muestral calculado sobre la población que cumple los criterios de inclusión y exclusión y acuden al punto de atención continuada de Burriana. Se pasará la encuesta a la primera persona que llegue en cada hora así como a la que llega en las medias. Así si acude un paciente a las 15:01 formará parte del estudio, si el siguiente que acude (por ejemplo) es a las 15:04 no formará parte del estudio y volveremos a captar al siguiente paciente que llegue a partir de las 15.30. A las 16.00 se volverá a repetir misma secuencia. Así será estudiado cada día hasta completar la muestra. Los días que se hará el estudio será 1 de cada 3 para que no fuera siempre el mismo día de la semana. El investigador que se encargará de realizar el correcto seguimiento y selección de los pacientes de acuerdo con lo expuesto anteriormente no estará trabajando en su labor asistencial en el momento que haga la investigación.

### 5.7. Método de recogida de datos

Se elabora una hoja de recogida de datos para ver el perfil del paciente que acude a continuada (anexo II), que será cumplimentada mediante entrevista por el investigador, tras ello el paciente auto-cumplimentará (preguntando las dudas que pudiera tener) el cuestionario validado SF-36 (anexo III) si previamente ha aceptado participar en el estudio (anexos IV y V). En caso de no aceptar participar en el estudio por parte del paciente, se registrará hora que acude edad y sexo.

Es un cuestionario que se suele rellenar en menos de 15 minutos. Tanto la hoja de recogida como el cuestionario serán anónimos, pero sí que serán identificados con los números 1 o 2 y la hora de llegada para el investigador principal saber de qué paciente se trata y poder revisar luego los datos que queden pendientes en la historia clínica. El investigador principal no estará en su trabajo asistencial en el momento que se realiza el trabajo de campo para no entorpecer el normal funcionamiento de la atención continuada.

### 5.8. Variables

- Edad en años (cuantitativa continua)
- Sexo: hombre o mujer (cualitativa dicotómica)
- Día de la semana: de lunes a domingo (cualitativa nominal)
- Localidad de origen del paciente (según tarjeta sanitaria): Alquerías, Burriana, otros municipios dentro de la comunidad valenciana y otros municipios fuera de la comunidad valenciana. (cualitativa nominal)
- País origen: España, Marruecos, Rumanía, Argelia, Bulgaria, Reino Unido, Polonia u otros (cualitativa nominal).
- Hora de la demanda asistencial urgente: de 8:00- 9:59, de 10:00-11:59, de 12:00-13:59, de 14:00- 15:59, de 16:00-17:59, de 18:00-19:59, de 20:00-21:59, de 22:00-23:59 de 00:00-1:59, de 2:00-3:59, de 4:00-5:59 y de 6:00-7:59 horas (cualitativa nominal)
- Motivo de consulta principal: digestivos, cardiacos, neurológicos, respiratorios, urológicos, psiquiátricos, oftalmológicos, traumatológicos, otorrinolaringológicos, osteomuscular, infecciosos o herida (cualitativa nominal)
- Juicio clínico/diagnóstico médico principal: digestivos, cardiacos, neurológicos, respiratorios, urológicos, psiquiátricos, oftalmológicos, traumatológicos, otorrinolaringológicos, osteomuscular, infecciosos o curas herida (cualitativa nominal).
- Ha precisado pruebas complementarias en el centro de salud. Sí o no (cualitativa dicotómica).
- En caso de que anterior pregunta fuera afirmativa, indica que prueba complementaria precisa: tira de orina, radiografía, electrocardiograma, tinción fluoresceína y otros (cualitativa nominal).
- Tratamiento farmacológico principal (analgésicos, antiinflamatorios, antihistamínicos, antiinfecciosos, bronco-

dilatadores, ansiolíticos, reposición fluidos, curas locales, colirios y otros) (cualitativa nominal)

- Atención profesional: Médico, enfermero o ambos (cualitativa nominal)
- Precisa soporte vital básico para el traslado: sí, no (cualitativa dicotómica)
- Precisa SAMU: sí, no (cualitativa dicotómica)
- Destino final del paciente: alta al domicilio o derivación hospitalaria (cualitativa dicotómica)
- Calidad de vida medida con el cuestionario SF-36 total: 0-100 (cuantitativa continua)
- Calidad de vida medida con el cuestionario SF-36 dividida en los diferentes apartados (cuantitativa continua).
- Nivel estudios completados: sin estudios, primarios incompletos, primarios completos, secundarios incompletos, secundarios completos, universitarios medios, universitarios superiores. (cualitativa nominal).
- Aportación farmacéutica. Pensionista total, pensionista 10 %, pensionista 40%, pensionista 60%, activo 40%, activo 50%, activo 60 %, (cualitativa nominal).
- Situación laboral. Jubilado, trabaja, parado, labores del hogar, invalidez y otros (cualitativa nominal).
- Estado civil. Soltero, casado/pareja de hecho/vive en pareja, divorciado/separado, viudo y otros (cualitativa nominal).
- Número de visitas al PAC en el último año, (cuantitativa discreta).
- Motivo por el cual no acude a su médico de atención primaria: horario, demora atención primaria, calidad atención de su médico, considero que no se puede demorar (cualitativa nominal).
- Número de visitas a su médico de familia en el último año (cualitativa discreta)
- Número de visitas a su enfermero en el último año (cualitativa discreta)
- Tabaquismo. Fumador, no fumador, exfumador, fumador pasivo. (cualitativa nominal)
- A los que contesten que son fumadores que indiquen el número de cigarrillos y años fumando (cuantitativa discreta)

### 5.9. Estrategia de análisis estadístico

El tratamiento estadístico de las variables cuantitativas supondrá el análisis descriptivo de medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar) realizando el histograma correspondiente a estas variables.

Por lo que respecta a las variables cualitativas se realizarán las frecuencias absolutas y relativas que serán expresadas en porcentaje y se realizarán los diagramas de barras correspondientes.

Por último, los contrastes de variables cuantitativas entre dos grupos se realizarán mediante la prueba t de Student (U de Mann Whitey como alternativa no paramétrica) y los de variables cualitativas mediante prueba chi-cuadrado (test exacto de Fisher si el bajo número de efectivos esperados lo requiriera). Entre más de dos grupos el Análisis de la Varianza, ANOVA (Kruskall-Wallis si las condiciones del ANOVA no fueron aplicables).

Se acuerda un error alfa de 0.5, con un nivel significación estadística menor de 0.05.

### 5.10. Programa estadístico a utilizar

Se utilizará el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) IBM19.0.1*, para analizar las variables utilizadas. Tras lo cual se podrá hacer los gráficos correspondientes.

## 6. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS SI SE CUMPLIERA LA HIPÓTESIS

Saber las causas por las cuales acuden los pacientes al punto de atención continuada (PAC) es el punto de partida para mejorar la asistencia a los pacientes. Es un PAC con una alta demanda y provocando esto (entre otras cosas) picos de demora elevados que provocan en ocasiones que no se pueda ser tan resolutivo como se quisiera ni dar el servicio esperado por los pacientes. Si a esto le unimos el punto de vista de la calidad de vida de los pacientes tendremos una visión global de la situación que nos ayude a entender y mejorar la asistencia.

Se pretende mejorar el conocimiento de las características de los pacientes para así poder mejorar la atención a todo el sistema sanitario (atención primaria, puntos de atención continuada, hospital).

En este trabajo deseamos analizar las características de la demanda asistencial que acude al PAC y la calidad de vida respecto a la salud de los pacientes que consultan con el fin mejorar la asistencia médica que los pacientes reciben y al mismo tiempo posibles soluciones a la gran sobrecarga asistencial que se sufre (organización del sistema, educación sanitaria,...).

En el estudio se mide la calidad de vida en relación con la salud a los pacientes que asisten a este servicio mediante el cuestionario de salud SF 36 por su reconocida utilidad, así como su experiencia de uso en estudios, lo que permitiría en un futuro comparar con otros estudios de calidad de vida. Al mismo tiempo se puede rellenar por parte del paciente en un tiempo razonable (menos de 15 minutos) por lo que aumentará las posibilidades de que lo auto-completen.

## 7. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Los términos MESH que se han usado para la búsqueda en Pubmed son: quality of life, primary care, emergency.

Se apoya también en búsquedas en Cocharane y Embase.

## 8. CALENDARIO Y CRONOGRAMA PREVISTO PARA EL ESTUDIO

<b>Prueba piloto</b>	Agosto
<b>Recogida de datos</b>	Septiembre-Octubre- Noviembre
<b>Análisis de los datos</b>	Diciembre Enero
<b>Resultados y conclusiones</b>	Febrero
<b>Elaboración del documento</b>	Marzo

Este calendario que se ha presentado a priori, obedece a diversificar el tipo de patología que consulta en los meses más calurosos es diferente a los que se presentan en los meses más fríos.

Con ello se intenta que se pueda tener una mayor diversidad en la patología que se estudie.

## 9. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS

Se puede caer en un sesgo de selección al no realizar la muestra representativa de la población, para ello hemos realizado el muestreo por aleatorio sistemático. Se hace de esta manera para que estuviera recogidos todo el espectro de pacientes que acude a la consulta que tiene como variable habitual la hora (por eso seleccionamos en horas diferentes) y el día de la semana (por eso seleccionamos días diferentes).

Sesgo de información u observación, debido a que los que rechazan participar en el estudio son grupos de población concretos luego no pudiéramos inferir a la población.

Podemos cometer sesgo de clasificación cuando realizamos la encuesta, que se intenta reducir con cuestionarios estructurados. También el paciente al no comprender alguna de las cuestiones (para ello hemos seleccionado un cuestionario con tanta validez).

Limitación que cuando se selecciona el paciente, no pudiéramos revisar historia debido a que no funciona Abucasis en ese momento.

Limitado al tipo de paciente que acude a atención continuada porque no vemos factible hacerlo a los pacientes que nos desplazamos a sus domicilios o vía pública.

Limitado a las características de las poblaciones que atiende el PAC de Burriana.

## 10. POSIBLES PROBLEMAS ÉTICOS

En primer lugar, se cuenta con el permiso de la dirección de los departamentos de salud. Para ello se realizará un escrito, exponiendo el deseo de realizar nuestro estudio, el objetivo y los métodos.

Se ha pedido y aprobado la resolución del comité de ética de investigación del departamento de la Plana.

Cada participante en la investigación conocerá los objetivos, métodos, beneficios, riesgos e incomodidades del estudio de acuerdo con la Declaración de Helsinki, las Normas de Buena Práctica Clínica.

Todas las partes implicadas en el estudio tendrán, en el tratamiento de datos, la garantía de total confidencialidad, obteniendo una estricta intimidad personal y familiar.

## 11. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tras proporcionar la información necesaria mediante una hoja informativa (Anexo IV), cada participante deberá firmar el consentimiento informado (Anexo V) según se recoge en la Ley General de Sanidad del 25 de abril de 1986.

## 12. LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

Todas las partes implicadas en el estudio tendrán, en el tratamiento de datos, la garantía de total confidencialidad, obteniendo una estricta intimidad personal y familiar, tal y como indica la actual Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

## 13. PERSONAL QUE PARTICIPARA EN EL ESTUDIO Y CUÁL ES SU RESPONSABILIDAD

El investigador principal se encargará de:

- Contactar con el coordinador de la zona básica de salud del punto de atención continuada de Burriana.
- Hacer una búsqueda bibliográfica
- Elaborar el cuestionario
- Hacer la prueba piloto
- Completar/recoger los datos a través del cuestionario preparado

## 14. PRESUPUESTO

No precisa remuneración económica el investigador principal.

Se permite el uso de las instalaciones así como el acceso al sistema Abucasis.

Se dispone de ordenador, con IBM S.P.S.S. 19.0.1

La cantidad total requerida será de 407 euros desglosado en la siguiente tabla.

<b>Paquete de folios</b>	18 euros
<b>Bolígrafos</b>	3 euros
<b>Cartucho tinta</b>	36 euros
<b>Inscripción congreso</b>	350 euros

## 16. BIBLIOGRAFÍA

- Naya Cendón C, Rodríguez de la Iglesia M.A, Blanco Rodríguez E. Estudio de la frecuentación a un servicio de urgencias extrahospitalario. Motivos de consulta, opinión de los usuarios y posibles soluciones. *Cad Aten Primaria* 2010;17:15-18.
- Galiano Leis M.A. Fernández Rodríguez M.T. Perfil de los pacientes que deciden acudir a un Punto de Atención Continuada (PAC) PAC de Ordes (A Coruña), *Aten Primaria* 2012 Volume 19. 159-163
- Aguirre Rodríguez CJ, Hernández Martínez N, Aguirre Rodríguez FJ, González Expósito JM. Estudio de algunos parámetros de la atención continuada en una zona básica de salud y el problema de frecuentación del servicio. *Aten Primaria* 2004;34:105-6.
- E. Álvarez, J. Álvarez, C. Ciriza, M.V. Aznal, M.I. Navas. Estudio descriptivo de las urgencias extrahospitalarias no domiciliarias producidas durante un año en un centro de salud de Navarra. Perfil de los pacientes que las frecuentan. *Centro de Salud*, enero 2000: 41-46
- E. Robledo Martín, C. Goñi Murillo, R. Elcuaz Viscarret, S. Muro Arbizu, E. Aranguren Erdozain, J.M. Zalvide Galé, ¿Por qué vienen los pacientes a urgencias? Análisis de la utilización del Servicio de Urgencias extrahospitalario de Pamplona, *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 2018,
- Vázquez Quiroga B, Pardo Moreno G, Fernández Cantalejo G, Canals Aracil M, Delgado Nicolás MA; Navas Alonso M. ¿Por qué acuden nuestros pacientes a urgencias del hospital? *Aten Primaria* 2000; 25: 172-175.
- Jordana Ferrando, Purificación, Vives Ballester, Josep Maria, Sainz Beltran, Zulema, Mejía Ganoza, Ione, Ruiz Martin, M. Carmen, & Orfila Pernas, Francesc. (2016). Perfil del pacient hiperfreqüentador d'un servei d'atenció continuada. *B-Salut*
- Ortega MA, Roca G, Iglesias M, Jurado . Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de Servicios. *Aten Prim* 2004; 33: 78-85
- Pardo Moreno G, Vázquez Quiroga B, Fernández Cantalejo M, Navas Alonso M, Canals Aracil M, Delgado Nicolás MA. Opinión de los profesionales de un Área de Salud sobre las urgencias en Atención Primaria. *Centro de Salud* 2000; 8 (6): 368-372
- Alonso J, Prieto L, and Antó JM. La versión Española del "SF-36 Health Survey" (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica* 1995; 104(20):771-776
- Vilagut Gemma et al . El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*, Barcelona, v. 19, n. 2, p. 135150, abr. 2005.
- Álvarez-Tutor E, Álvarez tutor J, Ciriza Lalaguna C, Aznal Sagasti M<sup>a</sup>V, Navas García M<sup>a</sup>I. Estudio descriptivo de las urgencias extrahospitalarias no domiciliarias producidas durante un año en un centro de salud de Navarra. Perfil de los pacientes que las frecuentan. *Centro de Salud* 2008;8(1):41- 45
- Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data *BMJ* 2017; 356
- Del Busto Prado F, Gómez Moro, MB, M Fernández Barrero C, Barraca de Ramos R, Alonso Calo L. Estudio sobre la demanda de consultas urgentes en un centro de Salud con Atención Continuada. *Emergencias*. 1991; 3:95-101
- Posadzki P, Mastellos N, Ryan R, Gunn L, Felix L, Pappas Y, Gagnon M, Julious S, Xiang L, Oldenburg B, CarJ. Sistemas de comunicación telefónica automatizados para la prevención de la salud y el tratamiento de enfermedades crónicas. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016 Issue 12. Art. No.: CD009921. DOI: 10.1002/14651858.CD009921
- Bertoncello C, Colucci M, Baldovin T, Buja A, Baldo V .How does it work? Factors involved in telemedicine home-interventions effectiveness: A review of reviews. *PLoS ONE* 13(11): e0207332. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207332>. (2018)
- Wu, Cong & Wu, Zixiang & Yang, Lingfei & Zhu, Wenjun & Zhang, Meng & Zhu, Qian & Chen, Xiaoying & Pan, Yongmiao. (2018). Evaluation of the clinical outcomes of telehealth for managing diabetes: A PRISMA-compliant meta-analysis. *Medicine*. 97. e12962. 10.1097/MD.00000000000012962.
- Sun C, Sun L, Xi S, Zhang H, Wang H, Feng Y, Deng Y, Wang H, Xiao X, Wang G, Gao Y, Wang G. Mobile Phone-Based Telemedicine Practice in Older Chinese Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth* 2019; 7(1):e10664
- Gómez-Huelgas R, Díez-Espino J, Formiga F, Lafita Tejedor J, Rodríguez Mañas L, González-Sarmiento E, et al. Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. *Med Clin (Barc)*. 2013;140(3):134.e1-134.e12
- Freedman SB, Williamson-Urquhart S, Farion KJ, et al. Multicenter trial of a combination probiotic for children with gastroenteritis. *N Engl J Med* 2018; 379:2015-26
- Allen SJ, Martinez EG, Gregorio GV, Dans LF. Probiotics for treating acute infectious diarrhoea. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 11.
- Guarino A, Guandalini S, Lo Vecchio A. Probiotics for Prevention and Treatment of diarrhea. *J Clin Gastroenterol*. 2015; 49(Suppl 1):S37-S45.
- Goldenberg JZ, Lytvyn L, Steurich J, Parkin P, Mahant S, Johnston BC. Probiotics for the prevention of pediatric antibiotic-associated diarrhea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015; (12).

24. Wilkins T, Sequoia J. Probiotics for Gastrointestinal Conditions: A Summary of the Evidence. *Am Fam Physician*. 2017; 96(3):170-178.
25. Suez J, Zmora N, Segal E, Elinav E. The pros, cons, and many unknowns of probiotics. *Nat Med*. 2019;25(5):716-729. doi:10.1038/s41591-019-0439-x
26. Sansotta N, Peroni DG, Romano S, et al. The good bugs: the use of probiotics in pediatrics. *Curr Opin Pediatr*. 2019;31(5):661-669. doi:10.1097/MOP.0000000000000808
27. Park C, Brietzke E, Rosenblat JD, et al. Probiotics for the treatment of depressive symptoms: An anti-inflammatory mechanism?. *Brain Behav Immun*. 2018; 73:115-124. doi:10.1016/j.bbi.2018.07.006
28. Martin AC, Godier A, Narayanan K, Smadja DM, Marijon E. Management of Intraprocedural Anticoagulation in Patients on Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants Undergoing Catheter Ablation for Atrial Fibrillation: Understanding the Gaps in Evidence. *Circulation*. 117.033326
29. Yang H, Veldtman GR, Bouma BJ, et al. Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in adults with a Fontan circulation: are they safe. *Open Heart*. 2019; 6(1):e000985. Published 2019 Jun 3. doi: 10.1136/openhrt-2018-000985
30. Branch KR, Probstfield JL, Eikelboom JW, et al. Rivaroxaban With or Without Aspirin in Patients With Heart Failure and Chronic Coronary or Peripheral Artery Disease. *Circulation*. 2019;140(7):529-537.
31. Vora AN, Alexander JH, Wojdyla DM, et al. Hospitalization Among Patients With Atrial Fibrillation and a Recent Acute Coronary Syndrome or Percutaneous Coronary Intervention Treated With Apixaban or Aspirin: Insights From the AUGUSTUS Trial. *Circulation*. 2019;140(23):1960-1963.

## ANEXOS

### Anexo I

Dimensión	Significado
Función física	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
Rol físico	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
Dolor corporal	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
Salud general	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
Función social	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
Salud mental	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

### ANEXO II

#### Hoja recogida datos

1. NÚMERO 1 ---2....  
HORA LLEGADA.....DÍA.....
2. DÍA de la semana: lunes...martes....miércoles...jueves... viernes...sábado...domingo
3. HORA de la demanda asistencia. 8:00- 9:59.... 10:00-11:59... 12:00-13.59....14:00- 15:59... 16:00-17:59... 18:00-19:59.... 20:00-21:59... 22:00-23:59.....00:00-1:59.... 2:00-3:59.... 4:00-5:59...6:00-7:59....
4. EDAD (años)
5. SEXO: varón..... Mujer....
6. LOCALIDAD ORIGEN (donde tiene el médico): Burriana.....Alquerías....otros de la CV.....Otros no CV....
7. PAIS ORIGEN. España....Rumanía....Marruecos.... Argelia.... Polonia...Reino Unido....Bulgaria..... Otros.....
8. MOTIVO DE CONSULTA PRINCIPAL. Digestivos... cardiacos... neurológicos.. respiratorios...urológicos... psiquiátricos...oftalmológicos.. traumatológicos... otorrinolaringológicos...osteomuscular...infecciosos... herida....
9. HA PRECISADO PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. SI...NO
10. (En caso de que se conteste si a la preguntada 9).HA PRECISADO PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. Orina... rx.....ecg...fluoresceína....

11. JUICIO CLÍNICO PRINCIPAL. Infección Digestivos... cardíacos... Neurológicos... respiratorios... urológicos... psiquiátricos... oftalmológicos... traumatológicos... otorrinolaringológicos... osteomuscular... infecciosos... herida
12. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PRINCIPAL. Analgésicos... Antiinflamatorios... broncodilatadores... ansiolíticos... colirios... antihistamínicos... antiinfecciosos... reposición fluidos... curas locales... otros...
13. PRECISA DERIVAR HOSPITAL.  
SI... NO....
14. PRECISA SOPORTE VITAL BÁSICO.  
SI...NO....
15. PRECISA SAMU.  
SI...NO....
16. ATENCIÓN PROFESIONAL. Médico...enfermero...ambos....
17. NIVEL ESTUDIOS COMPLETADOS. sin estudios... primarios incompletos... primarios completos... secundarios incompletos... secundarios completos... universitarios medios... universitarios superiores....
18. APORTACIÓN FARMACEUTICA. Pensionista total..., pensionista 10%..., pensionista 40%..., pensionista 60%..., activo 40%..., activo 50%..., activo 60%....
19. SITUACIÓN LABORAL Jubilado...trabaja...parado..... labores del hogar...invalidez...otros....
20. ESTADO CIVIL Soltero.... casado/pareja de hecho/vive en pareja..... divorciado/separado.... Viudo..... otros
21. NÚMERO VISITAS AL PAC en el último año....
22. NÚMERO DE VISITAS A SU MÉDICO en el último año....
23. NÚMERO DE VISITAS AS SU ENFERMERO en el último año....
24. MOTIVO NO ACUDE A SU MÉDICO: horario.... demora atención primaria..., calidad atención de su médico... no se puede demorar....
25. TABAQUISMO Fumador.... no fumador.....exfumador....fumador pasivo...
26. (si ha contestado fumador en pregunta 25) NUMERO CIGARRILLOS Y AÑOS FUMANDO.....
27. PUNTUACIÓN SF -36
28. PUNTUACIÓN SF-36 dividida: función física....rol físico....dolor corporal...salud general... vitalidad....función social...rol emocional...salud mental....percepción global....

### ANEXO III

Usted ha sido seleccionado de forma aleatoria (de forma casual) para participar en un estudio descriptivo de los pacientes que acuden a atención continuada en Burriana motivo por el cual le solicitamos que nos rellene una pequeña encuesta que adjuntamos.

Evidentemente NO ESTÁ OBLIGADO a realizar esta encuesta y el médico/enfermero que lo visite no va a saber si ha realizado la encuesta o no por lo que el trato que recibirá será el mismo. Quédese totalmente tranquilo al respecto.

Sí que le pedimos en la siguiente hoja que nos indique si da el CONSENTIMIENTO INFORMADO de participar en el estudio o no.

Debe saber que todas las partes implicadas en el estudio tendrán, en el tratamiento de datos, la garantía de total confidencialidad, obteniendo una estricta intimidad personal y familiar, tal y como indica la actual Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.

Con el presente estudio solo deseamos saber el perfil del paciente que acude a la atención continuada, así como su calidad de vida respecto a la salud. No se va a experimentar ningún medicamento ni prueba con usted pero sus datos sí que serán recogidos con carácter anónimo y custodiados con la máxima intimidad.

### ANEXO IV

#### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

- He leído y entiendo la información al paciente de este estudio.
- Mi médico ha respondido a todas mis preguntas sobre el estudio.
- He tenido tiempo suficiente para considerar mi participación en este estudio y soy consciente de que la participación en este estudio es totalmente voluntaria.
- Sé que puedo tomar la decisión de abandonar mi participación comunicándoselo al investigador principal: cuando yo quiera, sin tener que dar ninguna explicación, sin que afecte a mí cuidado médico.
- Entiendo y acepto que mis datos se recogerán a partir de mis registros médicos, utilizados y transformados (de forma manual y por ordenador) por los investigadores del estudio.
- Se mantendrá la confidencialidad de los datos facilitados y no se utilizarán en las publicaciones mi nombre ni otras características identificativas. Autorizo a mí(s) médico(s) y a la institución facilitar la información imprescindible sobre mí que sea necesaria para realizar el presente estudio.

He hablado con .....

(Nombre y Apellidos del investigador) (Firma del investigador)

**ACEPTO** libremente mi consentimiento a participar en este estudio.

Nombre:

Firma:

**DECLINO** libremente a participar en el estudio.

Nombre:

Firma: