

sentado que en las visitas domiciliarias habituales y/o en las visitas programadas la situación está bajo control, o confía siempre en la posibilidad de utilizar el maletín de urgencias cuando se presente una situación imprevista. Por tanto, debería seguirse trabajando para conseguir una guía básica del material imprescindible que debería llevar el maletín personal de cualquier médico que trabaje en el ámbito rural o urbano, para poder atender fuera del centro de salud cualquier demanda que se presente durante la jornada laboral. También es fundamental revisar periódicamente el contenido del maletín, para evitar la ausencia de elementos imprescindibles, y llevar material en mal estado o medicación caducada<sup>1-6</sup>.

**Antonia Roca Casas<sup>a</sup>, Miquel Caldentey Tous<sup>b</sup>, Lucía Gorreto López<sup>c</sup> y Joan Llobera Cànaves<sup>d</sup>**

<sup>a</sup>Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Es Trencadors. Mallorca. Ib-salut. Mallorca. España.

<sup>b</sup>Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Coll d'en Rebas. Mallorca. Ib-salut. Mallorca. España.

<sup>c</sup>Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Alcudia. Ib-salut. Mallorca. España.

<sup>d</sup>Medicina Preventiva y Salud Pública. Técnico de Salud. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Ib-salut. Mallorca. España.

1. Roca A, Caldentey M, Llobera J, Ramos M, Gorreto L, Moragas A. ¿Cómo debe ser el maletín de domicilios y el maletín de urgencias del médico de atención primaria? Cuadernos de Gestión. 2004;10:110-4.
2. Ríos L, Martín F, Gómez A, Pepió JM. Guía para el equipamiento de un maletín para atención domiciliar y de urgencias en atención primaria. JANO. 1998;23:45-9.
3. Drugs for the Doctor's bag revisited. Drug and Therapeutics Bulletin (DTB). 2000;38:65-8.
4. Grupo de Urgencias y Atención Continuada de la semFYC (GUAC). Organización de la atención urgente en los equipos de Atención Primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2005. Documentos semFYC: 21.
5. Caldentey Tous M, Roca Casas A, Llobera Cànaves J. Los maletines de emergencias de los centros de salud de un área de salud. Emergencias. 2006;18:269-74.
6. Martínez-Merodio P, Lou-Arnal S, Mallen-Belenguer M. Material imprescindible para el servicio de urgencias y el maletín de domicilios. FMC. 1997;4:267-73

## Programa de Promoción de Actividad Física (PPAF) en los centros de atención primaria. Estudio piloto

**Sr. Director:** Se ha diseñado un estudio piloto con el objetivo de evaluar la efectividad del Programa de Promoción de Actividad Física (PPAF) en los centros de atención primaria (CAP) a partir de la creación del hábito de realizar actividad física de forma regular, de la socialización de los participantes y de la disminución de la presión asistencial.

Se trata de un estudio longitudinal preintervención y postintervención. Se ha realizado en 5 CAP de la ciudad de Barcelona escogidos de forma aleatoria buscando la representación de los 4 servicios de atención primaria (SAP) de esta ciudad. Se incluyó a 66 pacientes que aceptaron participar (n = 66, 5 varones y 61 mujeres) con una edad media de 63,18 ± 6,98 años; una frecuencia cardíaca basal de 72,99 ± 8,79 lat/min, y un índice de masa corporal (IMC) de 31,6 ± 3,89 kg/m<sup>2</sup>. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: *a*) pacientes adultos; *b*) sedentarios (versión reducida del cuestionario internacional de actividad física, IPAQ); *c*) dispuestos a realizar un programa con las características del PPAF (fig. 1), con una asistencia mínima de un 80%, y *d*) con una aptitud física mínima para seguir el programa. Los criterios de exclusión se definieron a partir de las contraindicaciones absolutas y relativas a realizar actividad física<sup>1</sup>.

Desde el Área de Actividad Física y Salud del Ámbito de Atención Primaria de Barcelona Ciudad del Institut Català de la Salut (ICS), se ha contactado con 2 profesionales voluntarios de cada CAP, que han centralizado la captación de pacientes. Desde sus consultas ofrecían la posibilidad de participar en el PPAF a todos los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. Si el paciente aceptaba participar en el programa, se le entregaba el consentimiento informado, que debía devolver firmado, y una hoja informativa del programa. Si el

paciente no quería participar, se le hacía una recomendación del tipo de actividad física más adecuado según su enfermedad, basándose en la guía de prescripción de actividad física elaborada desde la misma área<sup>2</sup>.

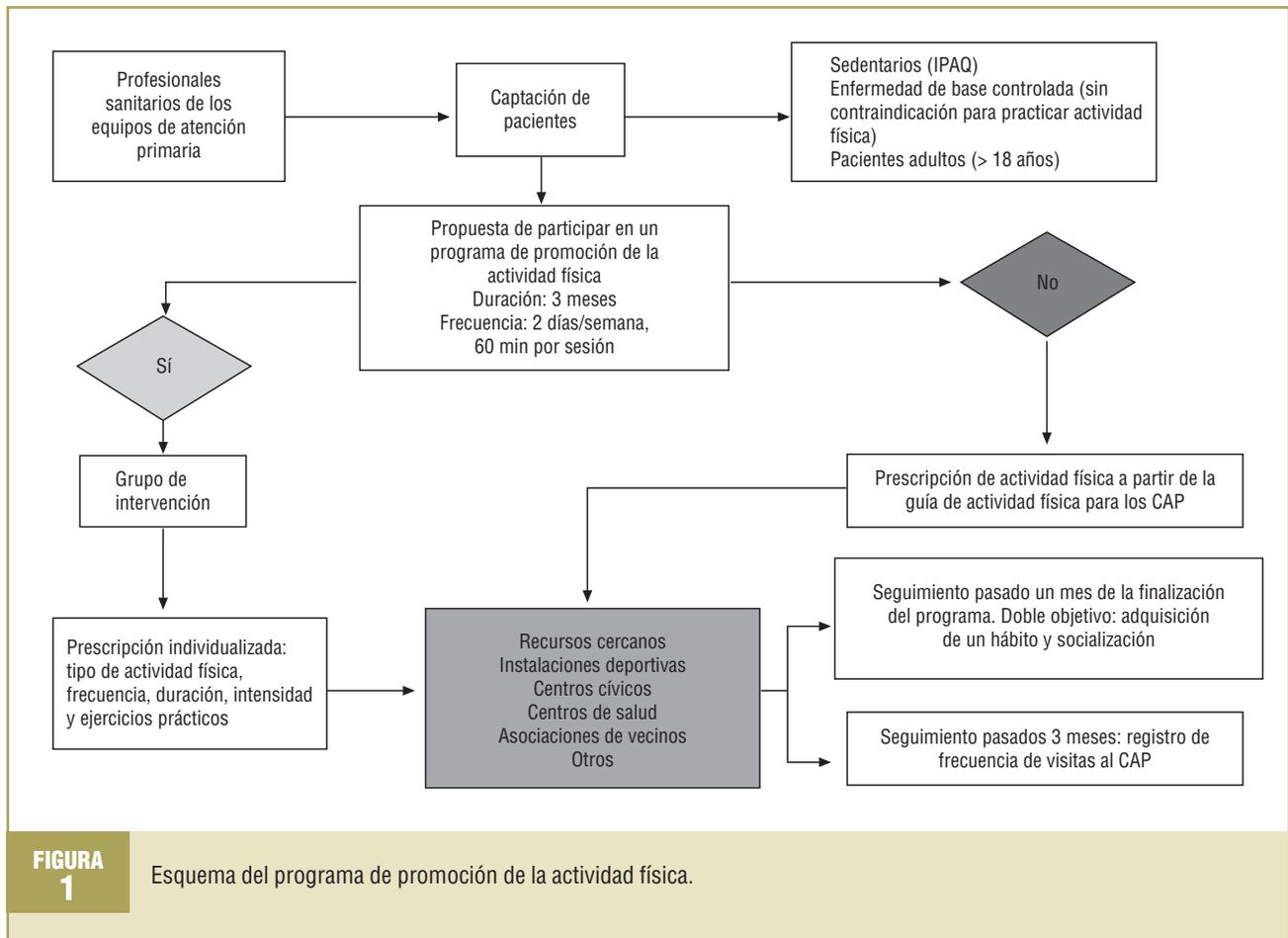
Los 5 grupos de intervención (un grupo por cada CAP piloto) se cerraron con las primeras 10-15 personas que aceptaron participar. En la primera y en la última sesiones se cumplimentaron los cuestionarios y se llevaron a cabo las pruebas exploratorias. Al finalizar el programa se le facilitó a cada participante una prescripción individualizada de actividad física por escrito y un listado de recursos disponibles en el distrito donde poder continuar con dicha práctica. Al mes de la finalización del programa se citó a todos los participantes a una sesión de seguimiento. Pasados 3 meses, se registró el número total de visitas al CAP, comparándolo con la suma total de visitas durante los 3 meses previos al PPAF.

Se aplicaron los siguientes cuestionarios y pruebas de condición física: *a*) preguntas de la encuesta de salud de Barcelona; *b*) viñetas COOP/WONCA; *c*) «6 minutes walking test», y *d*) prueba ACEMFEI (evaluación de la coordinación, el equilibrio, la marcha y la fuerza de las extremidades inferiores para la prevención de caídas). Se han registrado también: *a*) peso y talla; *b*) frecuencia cardíaca basal, y *c*) presión arterial.

El 74,19% del total de participantes del PPAF continúa practicando algún tipo de actividad física de forma regular después de un mes de la finalización del programa. En el 78,26% de los casos los participantes se han reunido con compañeros que conocieron durante el programa. Respecto a la influencia del programa en la presión asistencial, el 76,92% de los participantes ha disminuido el número total de visitas.

Tras la experiencia del pilotaje del PPAF, se puede afirmar que un programa de actividad física de 3 meses realizado en los CAP es suficiente para causar cambios en el estilo de vida a partir de un aumento del nivel de actividad física, que persiste pasado un mes de la finalización de éste. No bastan las intervenciones basadas en consejos generales<sup>3</sup>. Resulta más motivador y eficaz para el cambio de conducta una intervención como el PPAF, que incluya la participación en un programa de actividad física con estrategias de enseñanza-aprendizaje, y que sea super-

**Palabras clave:** Atención primaria. Actividad física y salud. Estilos de vida.



**FIGURA 1** Esquema del programa de promoción de la actividad física.

visado por un profesional con las competencias necesarias para prescribir el ejercicio físico<sup>4,5</sup>.

En un futuro nos planteamos un diseño experimental preintervención-postintervención en el que se comparará a estos pacientes con un grupo control aleatorizado con un seguimiento a largo plazo.

**María Giné-Garriga<sup>a</sup>**  
**y Carme Martín-Borràs<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Estudios Avanzados (Suficiencia Investigadora). Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Fisioterapia. Institut Català de la Salut. Àmbit de Atenció Primària de Barcelona Ciutat. Àrea de Actividad Física y Salud. Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y el Deporte Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Fisioterapia. Institut Català de la Salut. Àmbit de Atenció Primària de Barcelona Ciutat. Àrea de Actividad Física y Salud. Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y el Deporte Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Barcelona. España.

1. Robledo T, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M, Córdoba R. Recomendaciones sobre estilo de vida. *Aten Primaria*. 2003;32:30-44.
2. Giné-Garriga M. Guia d'Activitat Física en els Centres d'Atenció Primària (1.ª ed.). Barcelona: Institut Català de la Salut, Departament de Salut; 2006.
3. Varo JJ. Consejo sanitario y promoción de la actividad física: los índices de sedentarismo están alcanzando niveles preocupantes. *JANO*. 2006;1611;14-23.
4. Petrella RJ, Lattanzio CH. Does counseling help patients get active? Systematic review of literature. *Can Fam Physician*. 2002;48:72-80.
5. Herrera-Sánchez B, Mansilla-Domínguez JM, Perdígón-Florencio P, Bermejo-Caja C. Efectividad del consejo sanitario en la promoción de la actividad física. Estudio prospectivo aleatorizado. *Med Clin (Barc)*. 2006;10:361-3.

## Brasil también tiene que enseñar a España

**Sr. Director:** En relación con el artículo publicado «Lo que la atención primaria en España puede enseñar a Brasil»<sup>1</sup>, quería exponer lo que, a médicos de atención primaria en formación, enseñó Brasil.

El sistema de salud brasileño tiene características propias y diferentes a las del sistema español<sup>2</sup>. Un sistema donde convive un sistema público gratuito y universal con el segundo mayor sistema privado del mundo. La confianza de la población en el sistema público de salud es mínima; la población con mayor poder adquisitivo no acude a los servicios públicos e incluso las personas con dificultades económicas realizan esfuerzos para conseguir un seguro privado. Por este

**Palabras clave:** Medicina de familia y comunitaria. Brasil. España.