



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



COMUNICACIONES ORALES

XXXIII Congreso semFYC

IV Congreso Subregional de Península Ibérica de la Región WONCA Iberoamericana-CIMF

Granada, 6-8 de junio de 2013

Trabajos de investigación

Sesión Oral 1: Atención al anciano

ID 155

MEJORANDO EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES POLIMEDICADOS INMOVILIZADOS TRAS UN CICLO DE CALIDAD

Luz María Acosta Martínez, Aitor López Fernández, Isabel María Egea Cegarra, Vicente José Gavara Palomar, Consuelo Ariza Copado, Fuensanta Agüera Mengual

EAP Isaac Peral.

Objetivo: Mejorar el cumplimiento terapéutico de los medicamentos crónicos en pacientes inmovilizados-polimedicados, tras la realización de un ciclo de mejora de calidad.

Material y métodos: Evaluación y mejora de calidad asistencial. Estudiamos 1.007 fármacos correspondientes a 121 sujetos inmovilizados y polimedicados (> 5 fármacos) registrados como tratamiento crónico (CLT) en nuestro sistema informático (OMI-AP). Emplazamiento: zona de salud urbana. Evaluación de situación inicial en mayo 2010, aplicación de medidas correctoras (entrega en domicilio del paciente de planes personalizados de medicación por enfermería y entrega de pastilleros) de junio 2010 a junio 2011, re-evaluación posterior julio 2011 a julio 2012 de 604 fármacos que toman 77 pacientes (pérdidas debidas a exitus o cambios de domicilio). Criterios de calidad evaluados: C1- Porcentaje de fármacos indicados en CLT que toma el paciente; C2- Concordancia de dosis en CLT y según refiere paciente; C3- Grado de cumplimiento autocomunicado de Haynes-Sackett (buen cumplidor si toma medicación más del 80% de los días); C4- Grado de cumplimiento por recuento de comprimidos (buen cumplidor si toma entre el 90-110%).

Resultados: Criterio 1. El 93% de los fármacos indicados en CLT son tomados por los pacientes antes de la intervención y posteriormente el 96,9% ($p < 0,001$). Criterio 2. Concordancia dosis según CLT con la que refiere paciente, antes en 76% de los fármacos y después

en 88,2% ($p < 0,001$). Criterio 3. Grado de cumplimiento autocomunicado, antes 93,4% de los fármacos presentan buen cumplimiento y después 93,7% ($p < 0,42$). Criterio 4. Grado de cumplimiento por recuento de comprimidos, antes buen cumplimiento en 40.1% de fármacos y después en 65,6% ($p < 0,001$).

Conclusión: Hemos conseguido mejoras significativas en 3 de los criterios estudiados con unas medidas correctoras sencillas a nivel domiciliario. El criterio que no lo ha hecho de forma significativa es un criterio subjetivo (cumplimiento autocomunicado) y que presentaba previamente a nuestra intervención un muy alto porcentaje de cumplimiento, por lo que su posibilidad de mejora era menor.

ID 1317

ENVEJECIMIENTO AVANZADO (PACIENTES MAYORES DE 85 AÑOS) Y ATENCIÓN PRIMARIA. COMORBILIDAD Y CONSUMO DE RECURSOS

Ángel Alberquilla Menéndez-Asenjo¹, Luis Miguel García Olmos², Purificación Magan Tapia³, M^a José Gil de Pareja Palmero⁴, Daniel Monino Zubia⁵

¹Unidad Docente Atención Familiar y Comunitaria Centro.

²Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria Sureste. ³Pavones. ⁴Hospital Universitario 12 de Octubre. ⁵Dirección de Sistemas Información. Gerencia Atención Primaria.

Objetivo: Determinar las características clínicas del grupo de pacientes mayores de 85 años ($\geq 85a.$) y su impacto en los servicios sanitarios de un área de Atención Primaria.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo de todos los pacientes atendidos en un área sanitaria durante 2009. Fuentes de datos: Historia Clínica Electrónica; Base de datos de Facturación Farmacéutica. Agrupación mediante el sistema ACGs para ajustar casuística. Establecemos indicadores de complejidad, comorbilidad y consumo de recursos. Respecto a la gestión de pacientes por los médicos de referencia se establecen Índices de eficiencia (IE) ajustados por ACGs (observado/esperado) y sus estadísticos de variabilidad: Razones de Variación depuradas (RV_{5-95}), intercuartílica (RV_{25-75}), Coeficiente de Variación (CV) y Componente Sistemático de Variación (CSV).

Resultados: Estudiamos 503 médicos de familia que atendieron 546.550 pacientes. Un 3,10% ≥ 85 años. Media de episodios: 8,79 (≤ 84 ; 5,90). Peso medio: 3,31 (≥ 84 ; 1,55), Índice de Complejidad: 2,13. Engloban el 4,54% de los episodios atendidos. Un 80,5% se agrupan en ACGs con más de 4 comorbilidades, 60,2% con más de 6 y 15,3% más de 10. episodios más prevalentes: cardiovascular (157,9%), Psicosociales (87,7%), musculo-esqueléticos (70,2%) y oftalmológicos (57,2%). Mayores diferencias (razones de prevalencia): renales (5,4), hematológicos (3,0) y neoplasias malignas (2,8). Consumos medios observados: Visitas: $20,9 \pm 0,3$; Farmacia: $1.007,2 \pm 18,9$ (≤ 84 ; Visitas: $10,9 \pm 0,03$; Farmacia: $291,1 \pm 2,4$). Los IE ajustados por complejidad por médico oscilaron (sin extremos) entre 1,9 y 0,6. Estadísticos de variabilidad: RV_{5-95} : 3,40; RV_{25-75} : 1,50; CV: 0,47; CSV: 0,21.

Conclusión: Los pacientes mayores de 85 años suponen una pequeña proporción de los pacientes atendidos por los facultativos de AP. Presentan una alta complejidad y comorbilidad a expensas de problemas de salud cardiovasculares, psicosociales y musculo-esqueléticos principalmente. Su impacto en el consumo de servicios es proporcionalmente mayor a su representación en población atendida objetivándose una importante variabilidad en su manejo según el médico de referencia considerado.

ID 1320 EVOLUCIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA A LOS 2 AÑOS DE SEGUIMIENTO

María José García Lozano¹, Pilar Bohórquez Colombo¹, Ana Cristina Cuberos Sánchez², M^a Ángeles Ortiz Camunez¹, Teresa Hermosín Bono³, Beatriz Pascual de la Pisa¹

¹Camas. ²UI Distrito Sanitario Aljarafe Sierra Norte.

³Centro Salud de Camas.

Objetivo: Conocer el nivel de independencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de pacientes pluripatológicos (PPP) atendidos en Atención Primaria (AP) y qué factores se asocian al deterioro funcional a los dos años de seguimiento.

Material y métodos: Estudio longitudinal prospectivo multicéntrico de seguimiento a 2 años de una cohorte de 447 PPP atendidos en AP. Sujetos: adultos con criterio de pluripatología según Proceso Asistencial con consentimiento a participar. Tamaño muestral $n = 446$ ($p = 20\%$; $\alpha = 5\%$; $\beta = 99\%$); muestreo aleatorio simple. Variable dependiente: deterioro funcional a los 2 años según índice de Barthel (IB). Variables independientes: sociodemográficas, clínicas, antropométricas, analíticas, prescripción farmacológica, valoración cognitiva (Pfeiffer), sociofamiliar y uso de recursos sanitarios. Fuente de datos: Entrevista presencial e historia clínica. Análisis estadístico uni y bivariado según naturaleza de las variables y modelo de regresión lineal múltiple.

Resultados: Se incluyeron 438 sujetos (46,2% mujeres); edad media 75,44 (IC95% 74,58-76,31). La media de categorías diagnósticas fue 2,37 (IC 2,30-2,44). Las categorías más prevalentes fueron: A (64,1%), F (41,7%) y E (33,5%). El IB basal medio fue 76,57 (IC95% 73,41-79,74). El 78% presentaba alguna dependencia (13% dependencia total). El IB basal mostró asociación estadística con el género, edad y número de categorías diagnósticas de PPP. A los 2 años (mortalidad del 24,1%) el IB fue de 67,01 (IC95% 63,57-70,46) ($n = 342$) (diferencia de media respecto a IB basal $p < 0,001$). La puntuación del IB a los 2 años mostró asociación estadística con género, número de categorías diagnósticas, presencia de categorías B, E y H, y antecedentes de caídas. En el modelo final se incluyeron 7 variables independientes con una capacidad explicativa, según R^2 , del 30,9% de los casos.

Conclusión: El 78% de los PPP presentan algún tipo de dependencia para las ABVD. Los factores asociados al deterioro del estado funcional están fundamentalmente relacionados con procesos clínicos (con el número y sus características).

ID 1411 CORRELACIÓN ENTRE FOTOTEST Y MINIEXAMEN COGNOSCITIVO EN POBLACIÓN CONSULTANTE EN UN CUPO DE UN CENTRO DE SALUD

Jesús Tomás Rodríguez Álvarez, Natalia Muelas Fernández, Ana María Torcal Potente

El Balconcillo.

Objetivo: Analizar la correlación entre el puntaje en el Fototest y el Miniexamen Cognoscitivo (MEC) como instrumentos de cribado para el deterioro cognitivo en población mayor de 60 años que acude, por cualquier motivo, a la consulta de atención primaria de la salud. Realizamos un estudio de comparación.

Material y métodos: Mediante muestreo sistemático, se incluye en el estudio al tercer paciente mayor de 60 años que acude a la consulta a demanda por cualquier motivo durante los meses de enero y febrero del 2013 (en caso de negarse a participar, se selecciona al siguiente paciente también mayor de 60 años) El mismo día y de forma consecutiva se les administran tanto el Fototest como el MEC, ambos validados como test de cribado de deterioro cognitivo. Se logra una muestra de 36 pacientes, el 55,6% mujeres. La edad media es de 77,02 años con una desviación típica de 7,25. Los resultados de informatizan en una base de datos Excel y se procesan con el paquete estadístico SPSS 15.

Resultados: El 30,06% de los pacientes (11 pacientes) puntuaron como posible caso en el MEC y el 27,8% (10 pacientes) lo hicieron con el Fototest. La correlación entre MEC y Fototest fue de 0,800 con una significación de 0,01 bilateral. No encontramos diferencias entre el sexo de los pacientes y los puntajes de ambos instrumentos.

Conclusión: Los resultados nos permiten concluir que existe correlación significativa entre las puntuaciones de ambos instrumentos de cribado de deterioro cognitivo. Por su fácil aplicación y el menor tiempo empleado en la misma, nos parece apropiado recomendar el uso del Fototest en nuestro medio.

ID 1728 EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN SUJETOS INMOVILIZADOS CON DIABETES TIPO 2: ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO

Beatriz Pascual de la Pisa¹, Carla María Cuberos Sánchez¹, Cristina Márquez Calzada², Inés María García Pérez-Regadera³, José Miguel Cruces Jiménez⁴, Isabel M^a Hermoso Cano⁵

¹Camas. ²Unidad de Investigación-Distrito Sanitario Atención Primaria Aljarafe. ³UGC Sanlúcar La Mayor. ⁴Centro de Salud de Benacazón. ⁵Centro de Salud Sanlúcar La Mayor.

Objetivo: Comparar la efectividad de un programa de educación diabetológica (ED) en personas con DM2 inmovilizados en domicilio y sus cuidadores frente a la educación sanitaria estándar.

Material y métodos: Diseño: ensayo clínico controlado aleatorizado. Sujetos: DM2 inmovilizados (> 2 meses) en domicilio y cuidadores. Exclusión: deterioro cognitivo, institucionalizados o cuidados paliativos, ausencia consentimiento informado. Muestra: 76 sujetos grupo control (GC) y 76 grupo intervención (GI) (diferencia de media estandarizada: 0,6; nivel de confianza 95%; potencia 80%; 20% pérdidas). Muestreo probabilístico aleatorizado. Intervenciones GI: 3 talleres ED en domicilio y 3 talleres ED grupales a cuidadores. Variables resultado paciente: mejoría conocimientos (ECODI), control metabólico y puntuación del cuestionario de calidad de vida y satisfacción (EsDQOL). Variables cuidador: edad, género, nivel conocimientos, clase social, estado civil, nivel educativo. Análisis estadístico: descriptivo, uni y bivalente.

Resultados: Se incluyeron 134 sujetos (GI = 68 y GC = 66; ambos grupos homogéneos), 73,1% mujeres; edad media 79,08 años (IC95% 77,95-80,20). A los seis meses: disminución del Colesterol total,

mejoría en el ECODI y en la salud autopercibida significativa en el GI frente al GC. Cuidadores: 4 sujetos no tenían. El 77,7% eran mujeres; edad media de 55,43 años (IC95% 52,89 a 57,96); 74,6% casado/pareja; 97,7% caucásicos; 95,4% de los cuidadores eran de tipo informal; 59,7% estudios primarios. La media de ingresos económicos en el domicilio familiar del paciente fue 888,26 euros (IC95% 810,32 a 966,21). Los cuidadores del GI mejoraron la puntuación total de ECODI a los seis meses ($p = 0,004$) aunque no hubo diferencias significativas frente a los cuidadores del GC.

Conclusión: El programa de ED en personas con DM2 inmovilizados en domicilio ha mostrado un impacto en la mejora de los conocimientos sobre la diabetes de los pacientes y la salud autopercibida.

ID 2068

LA POLIFARMACIA EN MAYORES DE 65 AÑOS

Salvador Maroto Martín, María José de la Torre Martín

Dr. Ramón Castroviejo.

Objetivo: Estudiar la prevalencia de polifarmacia en mayores de 65 años y factores asociados.

Material y métodos: Estudio de prevalencia sobre una cohorte de mayores de 65 años de un distrito de Madrid. Muestreo: aleatorio de base poblacional (mediante tarjeta sanitaria). Se calculó un tamaño muestral de 1.250 individuos (diseño estratificado por edad y sexo: 10 grupos de 125 personas). 140 no elegibles. 296 no participaron. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y nivel socioeconómico) y de salud (polifarmacia: tomar 5 o más fármacos; funcionalidad: test de SPPB-Guralnik; y de dependencia para ABVD y AIVD). Fuente: encuesta semiestructurada e historia clínica. Análisis estadístico: Todos los análisis se realizaron con factor de ponderación por el tipo de muestreo estratificado. Análisis descriptivo con prevalencia de polifarmacia e IC95%, variables cualitativas: proporción e IC95%; variables cuantitativas: media y desviación estándar. Análisis bivalente de polifarmacia con posibles factores asociados y cálculo de OR con IC95%. Nivel de significación: $p < 0,05$. Aspectos ético-legales: Todos los pacientes firmaron consentimiento informado. Limitaciones: El nivel socioeconómico de nuestra muestra puede diferir de otras poblaciones.

Resultados: Participaron 814 individuos (59% mujeres), resultando el grupo de edad más representado el de 65-74 años (55%). Un 64,3% vive en pareja y el 50,1% tiene nivel socioeconómico alto (> 1.200 €/mes). La prevalencia de polifarmacia en mayores de 65 años es de 7,37% (IC95% 5,51-9,22). Analizando la polifarmacia con posibles factores asociados, encontramos significación estadística con sexo mujer (OR 2,66, IC95%: 1,4-5,0), estado civil en pareja (OR 0,57, IC95%: 0,34-0,97), No deterioro funcional (OR 0,39, IC95%: 0,3-4-0,97) y discapacidad para AIVD (OR 3,41, IC95%: 1,98-4-5,88). La edad y el nivel de estudios no se asociaron con polifarmacia.

Conclusión: El perfil de paciente con polifarmacia en nuestra población es mujer entre 65-74 años, vive en pareja y con un nivel socioeconómico alto. La polifarmacia se asoció al sexo, deterioro funcional y discapacidad para AIVD.

ID 2453

PATRONES DE DETERIORO EN UNA COHORTE DE PERSONAS MAYORES FRÁGILES

Julián Zarco Manjavacas, Carla Lucía Herrera Moreno, Isabel María Ortega Moreno, Gloria Martínez Alonso, Francisco José Cervilla Suárez, Juan Pablo García Paine

Centro de Salud El Palo.

Objetivo: Describir los patrones evolutivos de modificación de la capacidad funcional en mayores de 65 años y determinar factores relacionados.

Material y métodos: Diseño longitudinal. Cohorte dinámica sin grupo control. Sujetos de estudio: pacientes mayores de 65 años con criterios de fragilidad, atendidos en consulta y/o domicilio entre 2003-2012 ($N = 241$). Criterios inclusión: problema físico, psíquico o social que ocasiona riesgo de dependencia. Criterios exclusión: exitus, cambio domicilio, institucionalización. Mediciones: edad, sexo, incapacitados en domicilio, patología que origina pérdida de funcionalidad, puntuaciones sucesivas Índice de Barthel (capacidad para realizar actividades básicas vida diaria). Variable dependiente: patrón evolutivo Barthel (descendente/no descendente, oscilante/no oscilante) en pacientes con al menos tres determinaciones ($n = 164$). Análisis bivalente mediante test de χ^2 (variables cualitativas), prueba de la t para comparación de medias (variables cuantitativas). Nivel de significación 0.05.

Resultados: Edad media cohorte actual ($n = 91$) $80,97 \pm 0,9$ años, sexo: hombres 32,0%, mujeres 68,0%, incapacitados en domicilio 54,8%, patología que ocasiona pérdida de funcionalidad: osteomuscular 31,88%, disneizante 25,6%, demencias 20,28%, neurológicas 14,97%, cáncer 4,8%, trastorno mental 2,4%. 100 fallecidos. Barthel inicial medio $79,47 \pm 1,64$, en decimoprimera medición $54,17 \pm 4,25$. Barthel previo a exitus medio: $44,01 \pm 3,67$. El patrón evolutivo se determina en 164 pacientes: 20,35% (14,53-26,94) patrón descendente, 70,12% (63,12-77,13) patrón oscilante y 9,1% (4,73-13,56) patrón estable.

Conclusión: El patrón de deterioro de capacidad funcional en personas mayores frágiles más frecuente es el oscilante relacionándose con la mayor edad y el estado de incapacidad.

ID 1077

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR LA POBLACIÓN MAYOR: ATENCIÓN PRIMARIA, ESPECIALIZADA, HOSPITALIZACIÓN Y USO DE MEDICAMENTOS

María Dolores Cano Pérez¹, Alicia Gutiérrez Misis², Rocío Queipo Matas³, María Victoria Castell Alcalá⁴, Augusto Blanco Alfonso⁵, Mercedes Sánchez Martínez⁶

¹Fuencarral. ²Castroviejo. ³UAM. ⁴Dr. Ramón Castroviejo.

⁵Reina Victoria. ⁶Facultad de Medicina.

Objetivo: Analizar la utilización de servicios sanitarios en población urbana.

Material y métodos: Estudio transversal de base poblacional realizado en 2011, en una cohorte de 1.327 individuos de 65 años y más, de dos barrios urbanos. Se definieron 7 indicadores de utilización de servicios: consultas y visitas domiciliarias a médico de familia o enfermera el último mes; hospitalización, visitas al traumatólogo/reumatólogo, fisioterapeuta y podólogo el último año y consumo de medicamentos. Como variables independientes/covariables se emplearon edad, sexo, instrucción, barrio y comorbilidad. La información se obtuvo mediante entrevista personal en el domicilio o en el centro de salud. Se realizó descripción de cada indicador, análisis bivariado entre estos y las variables independientes y análisis multivariado, para valorar la asociación entre variables. El proyecto obtuvo la aceptación del comité de ética correspondiente.

Resultados: La proporción de utilización fue: hospitalización/año 16,4%; consultas médico/mes 64,2%; domicilios médico/mes 3,1%; consultas enfermería/mes 44,6%; domicilios enfermería/mes 3,5%; consultas traumatólogo/reumatólogo/año 25,1%; consultas fisioterapeuta/año 12,9%; consultas podólogo/año 30,6% y pacientes polimedicados (≥ 5 fármacos) 55,7%. Tras ajustar por las variables independientes, la comorbilidad se asocia a una mayor utilización en todos los indicadores excepto atención domiciliar del médico (rango entre OR 1,48 (IC95%: 1,04-2,11) para consultas médico de familia hasta 4,40 (IC95%: 3,35-5,79) para polimedicación. La edad se asocia a mayor utilización salvo para hospitalización. Las mujeres utilizan más que los hombres los servicios estudiados excepto consultas al médico de familia o enfermera. Vivir en un barrio de-

terminado se asocia a utilización diferente de consultas de enfermería o fisioterapia.

Conclusión: La mayoría de la población mayor de 65 años esta polimedicada y visita al médico de familia al menos una vez al mes. Comorbilidad, edad avanzada y sexo femenino se asocian a una mayor utilización. La existencia de diferencias entre la población parece indicar oferta o/y accesibilidad diferentes en cada barrio.

ID 1669

POLIMEDICACIÓN EN EL ANCIANO: ¿UNA CONDUCTA ARRIESGADA?

María Jesús González García¹, Lucía Terán Álvarez¹, Ana Laura Rivero Pérez², Julio César Alonso Lorenzo³, José Antonio Tarrazo Suárez⁴

¹CS Pola de Siero. ²Ventanielles. ³Gerencia. ⁴Siero-Sariego.

Objetivo: Analizar la prescripción inadecuada (PI) en grandes polimedicados según los criterios STOPP de Gallagher.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, realizado en un centro de salud, del total de grandes polimedicados (≥ 10 fármacos) mayores de 64 años, mediante la revisión de historias clínicas informatizadas, según los 65 criterios STOPP. Además se estudió la PI de Inhibidores de la bomba de protones (IBP). Se recogieron variables sociodemográficas, patologías crónicas, fármacos prescritos y criterios STOPP. Se realizó distribución de frecuencias de cada criterio STOPP y se exploraron causas relacionadas con el incumplimiento a través de tablas de contingencia empleando como estadísticos χ^2 y test de Fisher. Al observar alguna PI llamativa, se notificaba al prescriptor. Limitación del estudio: deficiencias en el registro clínico-electrónico.

Resultados: Se estudian 349 pacientes, que representan una prevalencia de 6,4 [IC95%: 5,8-7,1]. Media de edad 79,2 años (DE: 6,7), 14% están institucionalizados, 62,2% son mujeres. El promedio de fármacos dispensados es 11,5 (DE: 1,7). El 72,8% de los pacientes tiene al menos un criterio STOPP. El promedio de criterios es 1,42 (DE: 1,33), siendo mayor en mujeres (1,53) ($p = 0,04$). El criterio STOPP más incumplido es “duplicidad terapéutica” (25,2%) (correspondiendo 10,3% a benzodiacepinas) seguido de “uso de benzodiazepinas de vida media larga” (15,8%) y “empleo inadecuado de aspirina” (10,9%). La inadecuación terapéutica de IBP es 10,9%. Los criterios “corticoides en EPOC” y “uso prolongado de antihistamínicos” son significativamente más frecuentes en hombres; los criterios “uso inadecuado de aspirina” y “AINEs prolongados en HTA” lo son en mujeres.

Conclusión: La PI es frecuente en grandes polimedicados. Disponemos de herramientas para detectarla e intervenir, pero éstas deben estar actualizadas de acuerdo a la evidencia actual. La inadecuación tiene más relación con los profesionales prescriptores que con factores sociodemográficos. El incumplimiento de los criterios STOPP o la inadecuación en el uso de IBP, tienen implicaciones negativas para la salud de los pacientes.

ID 83

EFFECTIVIDAD DEL MINI-MENTAL EN LA DETECCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Cristóbal Carnero Pardo¹, Isabel Cruz Orduno², Beatriz Espejo Martínez³, Salvador Cárdenas Viedma⁴, Pedro Pablo Torrero García⁵, Javier Olazarán Rodríguez⁶

¹Virgen de Las Nieves. ²Hospital Infanta Leonor. ³Complejo Hospitalario La Mancha Centro. ⁴Cartuja. ⁵Peña Prieta.

⁶Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Objetivo: La detección e identificación del deterioro cognitivo (DC) en Atención Primaria (AP) es conveniente y coste efectiva; para ello es necesario mantener una actitud de alerta y el uso de test

cognitivos breves solos o asociados a cuestionarios al informador. El *Mini-Mental State* (MMS o Mini-Mental), el instrumento más utilizado, ni ha sido evaluado ni cuenta con recomendaciones específicas para este fin ya que las recomendaciones disponibles se refieren a demencia y al ámbito especializado. Nuestro objetivo es evaluar la utilidad diagnóstica (UD) del Mini-Mental en la detección del DC en AP.

Material y métodos: Se han analizado los resultados de dos estudios fase III de evaluación de pruebas diagnósticas realizados en AP. La UD del Mini-Mental se evaluó mediante el área bajo la curva ROC (AUC) y se consideró mejor punto de corte el que ofrecía la mayor tasa de aciertos diagnósticos (TAD) y el mayor índice kappa. Se analizó de forma independiente la UD para las puntuaciones directas (MMSd) y ajustadas por edad y nivel educativo (MMSa).

Resultados: En la muestra total de 360 sujetos (214 DC), la UD de MMSd fue significativamente superior a la de MMSa ($0,84 \pm 0,02$ vs $0,82 \pm 0,02$, $p \leq 0,001$). El rendimiento diagnóstico conseguido por el MMSd con el mejor punto de corte (22/23) fue discreto (TAD 0,77, kappa $0,52 \pm 0,05$), pero no fue mejorado por ningún punto de corte de las MMSa.

Conclusión: El Mini-Mental tiene una UD discreta para la detección de DC en AP que no mejora con la corrección de las puntuaciones por edad y nivel educativo; el mejor punto de corte es 22/23, inferior al habitualmente recomendado.

Sesión Oral 2: Conductas de riesgo: alcohol, drogas, accidentes, tabaco, estilos de vida

ID 1810

DATOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO PREVENCON: INTERVENCIÓN BREVE SOBRE ALCOHOL EN CONDUCTORES ATENDIDOS EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA (CAP). ESTUDIO PILOTO

Anna Martín Pujol¹, Mónica García Muñoz², Rosa María Yrla Figueres³, Elisenda García Puig⁴, Olga Bohera Gracia⁵, Anna Vitoria Codina⁶

¹CAMFIC. ²EAP St Ildefons (Cornellà). ³CAP Sant Gervasi.

⁴EAP Camp de L'Arpa (ICS). ⁵EAP Badalona Centre. ⁶Poblenou.

Objetivo: Valorar efectividad de una intervención breve para reducir el consumo de alcohol relacionado con la conducción entre conductores atendidos en CAP a corto y largo plazo. En esta comunicación se informa de los datos basales preliminares.

Material y métodos: Fase piloto estudio intervención, sin grupo control, inclusión aleatorizada, carácter abierto y tipo antes/después realizado en 43 CAPs urbanos. Se incluyeron conductores con permiso de conducir de 18-65 años que hubieran conducido tras consumir ≥ 1 bebida alcohólica los 30 días previos. Intervención: Consejo breve para disminuir consumo de alcohol antes de conducir. Variables de estudio: frecuencia conducción bajo efectos del alcohol en últimos 30 días, consumo habitual de alcohol (audit-C) y antes de conducir, autopercepción riesgo sufrir colisión (escala 0-10), estadio de cambio (Prochaska), perfil de conducción y sociodemográfico.

Resultados: Se incluyeron 87 conductores con media de edad de 44,9 años ($\pm 11,5$); 80,5% hombres. La mayoría tenían estudios $\geq$ secundarios y un 64% trabajaban. Los años promedio de conducción fueron 23,4 ($\pm 12,3$) y un 74% no eran conductores profesionales. El consumo medio de unidades bebida estándar (UBE) habituales fue 4,4 ($\pm 6,9$) y antes de la conducción 2,1 ($\pm 1,3$). La media de veces que los participantes habían conducido bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días fue de 3,7 ($\pm 5,1$). La percepción autodeclarada de riesgo de sufrir un accidente fue baja: 2,6 ($\pm 2,2$) y el 38% estaba en un estadio contemplativo al cambio.

Conclusión: Los participantes en el estudio son mayoritariamente hombres de mediana edad que trabajan y no son conductores profesionales. La mayoría declaran no percibir tener más riesgo de accidente después de consumir alcohol y se encuentran en un estado precontemplativo al cambio.

ID 72

SALUD AUTOPERCIBIDA POR LOS JÓVENES, FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ESTILOS DE VIDA ASOCIADOS

Margarita Pérez Bonilla¹, Sara María Palenzuela Paniagua², Luis Ángel Pérula de Torres³, Roger Ruiz Moral³, Carlos Pérula de Torres⁴

¹Rafael Flórez Crespo. ²CS Otero. ³Unidad Docente MFyC.

⁴CS Obejo.

Objetivo: Conocer el grado de autopercepción de salud (AES) y la morbilidad de los jóvenes de 11 años y analizar los factores asociados a la AES.

Material y métodos: Diseño: observacional transversal, por encuesta de salud. Ámbito de realización y marco de atención sanitaria: escolar. Nivel comunitario. Criterios de selección: alumnos de 6º de primaria de una provincia andaluza, seleccionados mediante muestreo polietápico. Número de sujetos incluidos: 1.005 escolares. Número de sujetos que respondieron y abandonos: 998 cuestionarios válidos. Variables y métodos de evaluación de la respuesta: sociodemográficas, nivel de salud y hábitos de vida. Cuestionario validado basado en el HBSC. Análisis estadístico: Descriptivo e inferencial bivariado y multivariado. Limitaciones: medición subjetiva. Recogida de datos en 2006. Aspectos éticos-legales: Los cuestionarios fueron anónimos. Proyecto aprobado por la Comisión de Ética del Distrito Sanitario.

Resultados: La edad media fue de 11,45 años, DT=0,59; un 53% eran varones. El 90% (IC95%: 88,1-91,9%) se sienten sanos. El cansancio (20%) y el nerviosismo (13%) constituyen los problemas de salud más prevalentes. Una buena AES se asocia a una menor edad (Odds Ratio-OR: 0,5; IC95%: 0,4-0,7), buena forma física (OR: 6,6; IC95%: 3,7-12,0), práctica de deporte (OR: 1,9; IC95%: 1,1-3,5), no fumar (OR: 6,3; IC95%: 3,5-11,5), no beber alcohol (OR: 6,5; IC95%: 3,5-12,0), desayunar (OR: 1,8; IC95%: 1,0-3,3), no presentar dolor (OR: 3,2; IC95%: 1,1-8,9), no estar nervioso (OR: 1,8; IC95%: 1,0-3,3), no dificultad para dormir (OR: 1,8; IC95%: 1,0-3,3), no sentirse sólo (OR: 0,6; IC95%: 0,2-0,9), sentirse feliz (OR: 3,4; IC95%: 1,2-9,4), buen rendimiento escolar (OR: 3,2; IC95%: 1,6-6,1), facilidad para comunicarse con la madre (OR: 1,7; IC95%: 1,1-4,1), hacer amigos (OR: 2,1; IC95%: 1,1-4,0) y menor consumo de televisión (OR: 2,3; IC95%: 1,0-5,6).

Conclusión: La mayoría de los adolescentes manifiestan una buena AES, aún expresando con elevada frecuencia problemas somáticos. Los factores asociados a un bajo nivel de salud son de diversa índole y propios del estilo de vida que impera entre los adolescentes de la sociedad actual.

ID 461

MODIFICACIÓN DE LAS CONCENTRACIONES SÉRICAS DE VITAMINA D EN ADOLESCENTES TRAS UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN NUTRICIONAL

Mª Dolores Serrano Pardo¹, Mª Mar Campos Pastor², Mª Luisa Fernández Soto², Fernando Escobar Gómez Villalba², Fernando Escobar Jiménez²

¹Barrio Monachil. ²Hospital Clínico San Cecilio.

Objetivo: Conocer el estatus de vitamina D en una muestra de adolescentes de Granada antes y después de un programa de intervención nutricional.

Material y métodos: 256 alumnos de ESO (127 niños y 129 niñas) con edades entre 12 y 16 años, fueron seguidos durante un curso académico. Diariamente recibieron un desayuno en la escuela (350 Kcal) y cada 15 días clase de educación nutricional y cambios en el estilo de vida dirigidas también a sus familiares y profesores. Pre y postintervención se tomaron medidas antropométricas, impedanciometría, test de frecuencia de consumo de alimentos, cuestionario de actividad física y medida de 25-hidroxi-vitamina D [25 (OH)D].

Resultados: Pre intervención el valor medio de [25 (OH)D] fue $28,1 \pm 9,4$ ng/ml. No hubo diferencias por sexo (27,8 en varones vs 28,3 ng/ml en mujeres $p < 0,65$). Postintervención el valor de [25 (OH)D] se incrementa a 38,5 ng/ml ($p < 0,0001$ vs preintervención). Preintervención un 18,7% presenta valores de deficiencia (< 20 ng/ml) de [25 (OH)D], reduciéndose postintervención a 0,46% ($p < 0,0001$). Un 38,8% presenta valores de insuficiencia de [25 (OH)D] (20-30 ng/ml) y tras la intervención se reduce al 19,1%.

Conclusión: Los valores medios de [25 (OH)D] en adolescentes están dentro del rango de insuficiencia. La intervención nutricional mejora significativamente el estatus de vitamina D sea cual sea el valor previo.

ID 2254

EVALUACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS DE RIESGO Y ENFERMEDADES INDICADORAS DE VIH (CUESTR-VIH) PARA PREDECIR EL RIESGO DE INFECCIÓN VIH (INF-VIH)

María Cristina Santos Álvarez¹, Pilar Pérez Elías¹, Rosario Ruiz Giardin¹, Lidia Polo Benito¹, Rafael Antonio Barea Ruiz², Mª Jesús Pérez Elías³

¹García Noblejas. ²Avenida de Aragón.

³Hospital Ramón y Cajal.

Objetivo: Evaluar la capacidad global de un CuestR-VIH, para seleccionar a pacientes con bajo riesgo de Inf-VIH.

Material y métodos: Estudio prospectivo abierto de una sola rama, en el que se realiza una prueba serológica rápida de infección por VIH (PR-VIH) y un CuestR-VIH a pacientes entre 18 y 60 años que acudieron a un Centro de Salud o a un Servicio de Urgencias, desde junio-2012 hasta marzo-2013. El CuestR-VIH tiene 6 preguntas que evalúan prácticas de riesgo y 14 enfermedades indicadoras de diagnóstico VIH (DX-VIH), categorizándose globalmente en positivo y negativo según exista o no riesgo de Inf-VIH. Se comparan los pacientes con Inf-VIH con los no diagnosticados y se evalúa la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo del CuestR-VIH.

Resultados: A 4.271 pacientes se les realizan PR-VIH y CuestR-VIH válidos, el 71% realizadas en el centro de salud. Características basales: sexo 48% mujeres; edad $38,03 \pm 11,4$; origen 74% españoles, 21% latinoamericanos y el resto de otras procedencias. Se observó una prevalencia global de inf-VIH confirmada del 0,46%, mayor en urgencias vs centro de salud (0,97% vs 0,26%, $p = 0,002$); en hombres que en mujeres (0,72% vs 0,19% $p = 0,012$) y en latinoamericanos vs españoles (0,99% vs 0,31%), sin diferencias en la edad ($39,9 \pm 10$ vs $38 \pm 11,5$). La sensibilidad del CuestR-VIH fue del 100% para detectar DX-VIH, con una especificidad del 50,3%. El valor predictivo positivo fue 0,94%, y el valor predictivo negativo alcanzó el 100%.

Conclusión: Los pacientes Dx de Inf-VIH en nuestro estudio son similares a los detectados en los informes epidemiológicos en nuestro medio. El alto valor predictivo negativo del CuestR-VIH utilizado en nuestro estudio le confiere un perfil muy adecuado para ser validado como prueba de cribaje previa a la realización de una prueba rápida de VIH.

ID 956

EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL PARA DEJAR DE FUMAR BASADA EN LA ESPIROMETRÍA. RESULTADOS DEL ENSAYO CLÍNICO ESPITAP

Francisco Martín Luján¹, Josep Lluís Pinol Moreso²,
Nuria Martín Vergara³, Cristina Jordi Pinana⁴,
Estefanía Aparicio Llopis⁵, Mar Sorli Aguilar⁶

¹CAP Jaume I de Tarragona. ²CAP Sant Pere. ³Horts de Miró.

⁴IDIAP Jordi Gol. ⁵Universitat Rovira Virgili. ⁶Centro de Atención Primaria Sant Pere.

Objetivo: Una estrategia para aumentar las tasas de abandono del hábito tabáquico podría ser proporcionar a los fumadores información sobre los efectos nocivos del consumo (Cochrane Database Syst Rev.2012;12:CD004705). El objetivo del presente estudio fue evaluar la efectividad del consejo breve para dejar de fumar reforzado con la explicación detallada de los resultados obtenidos en una espirometría en atención primaria.

Material y métodos: Diseño y emplazamiento: ensayo clínico aleatorizado multicéntrico en atención primaria (<http://www.clinicaltrials.gov>; NCT01194596). Sujetos: fumadores activos de ambos sexos entre 35-70 años, sin antecedentes de patología respiratoria. Grupos de estudio: 1) control: consejo habitual para dejar de fumar o, 2) intervención: información detallada de los resultados de una espirometría. Periodo de inclusión: junio-2008 a junio-2010. Mediciones: espirometría basal y cuestionario con entrevista estructurada. Validación de abstinencia mediante determinación de monóxido de carbono exhalado. Variable resultado principal: abstinencia puntual y prolongada a 12 meses. Análisis estadístico por intención de tratar; se realiza análisis de Cox y supervivencia (abstinencia).

Resultados: Se evalúan 577 sujetos, 288 en intervención y 289 controles. Ambos grupos fueron comparables respecto a edad (49,9 años; DE 7,8), distribución por sexo (46,1% hombres; IC95 42,1-50,2), consumo (18,3 cigarros/día; DE 10,3), duración (29,4 paquetes-año; DE 18,9), dependencia (puntuación Fagerström: 3,9; DE 2,5) y motivación para dejar de fumar (puntuación Richmond: 5,8; DE 2,9). Completaron el seguimiento a 12 meses el 98,6% de sujetos (283 en intervención y 286 controles). Tanto la tasa de abstinencia prolongada como puntual fue mayor en el grupo intervención: 5,7% vs 2,1% ($p = 0,028$) y 20,1% vs 11,9% ($p = 0,007$) respectivamente. También la razón de riesgo de abstinencia fue dos veces superior en el grupo intervención (HR 1,99; IC95 1,30-3,06).

Conclusión: El consejo breve para dejar de fumar duplica su efectividad cuando es reforzado con la explicación detallada de los resultados obtenidos en una espirometría por parte del profesional de atención primaria.

ID 1422

LA ESPIROMETRÍA COMO ELEMENTO MOTIVADOR EN EL ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Francisco Martín Lujan¹, Teresa Martínez Blesa²,
María Gorgues Espasa³, Ana Isabel Castelao Álvarez⁴,
Manuela Aliseda Tienza⁵, Alba Poca Pastor⁶

¹CAP Jaume I de Tarragona. ²EAP Jaume I. ³Montblanc.

⁴Sant Pere i Sant Pau. ⁵Reus-1. ⁶ABS Cornudella.

Objetivo: La motivación es el motor principal que permite avanzar en el proceso de dejar de fumar. La accesibilidad de la población en Atención Primaria ofrece oportunidades para promover el abandono del tabaco y proporcionar ayuda eficaz. El objetivo del presente estudio fue estudiar cambios en la motivación para dejar de fumar tras una intervención motivacional en una cohorte de sujetos fumadores.

Material y métodos: Diseño y emplazamiento: estudio antes-después de una intervención motivacional realizada en atención primaria. Sujetos: de 35 a 70 años, ambos sexos, fumadores activos que realizaron una espirometría forzada. Variables de estudio: datos sociodemográficos, hábito tabáquico (consumo diario y acumulado), dependencia a la nicotina (test Fagerström) y motivación para dejar de fumar (Test Richmond). Intervención: consejo breve e información sobre resultados espirométricos. Análisis estadístico: comparación de proporciones y test de Student para muestras relacionadas.

Resultados: Se evalúan 347 sujetos (52,2% hombres) con 51,2 años de edad (DE 8,2), consumo de 20,5 cigarrillos/día (DE 11,3) y tabaquismo acumulado de 34,4 paquetes-año (DE 22,9). La puntuación del test de Fagerström fue 4,4 (DE 2,6); 13,6% individuos con dependencia alta, 48,8% media y 37,6% baja. La puntuación del test de Richmond fue 5,5 (DE 2,5); 34,3% individuos con motivación alta, 43,8% media y 21,9% baja. La espirometría resultó alterada en 121 sujetos (34,9%). Tras conocer los resultados de la prueba y administrar consejo breve para dejar de fumar, 20 participantes cesaron el hábito, mientras que en los que mantuvieron el consumo diario se redujo en 3,8 cigarrillos ($p < 0,001$) y la puntuación del test de Fagerström en 0,5 ($p < 0,001$), la del Richmond aumentó en 0,6 ($p < 0,001$) y 62 sujetos (17,9%) modificaron favorablemente su estadio del proceso de cambio.

Conclusión: El consejo breve reforzado con la información obtenida una espirometría forzada puede ser una estrategia de utilidad para aumentar la motivación para dejar de fumar.

ID 1968

EXPLORANDO NUEVAS TÉCNICAS PARA DEJAR DE FUMAR

María Ana Giraudo Stabio¹, Leonardo David Heredia Rodríguez²,
María del Mar Rodríguez Álvarez³, Daniela Raquel Morales Requena¹,
Eva María Calvo Martínez¹, María Victoria Marina Ortega¹

¹CAP Canet de Mar. ²Blanes.

Objetivo: Evaluar efectividad del consejo antitabaco combinado con discusión de los resultados de la espirometría por el médico de atención primaria (MC) en adultos fumadores.

Material y métodos: Estudio de intervención con grupo control aleatorio en 6 centros de Atención Primaria durante 2005-2008. Periodo de seguimiento: 2 años. Incluyó 376 fumadores, mayores de 18 años, que consultaron con MC por cualquier motivo. En visita de selección (0) se realizó: espirometría con prueba broncodilatadora, peak expiratory flow rate, test de dependencia al tabaco, test de motivación para dejar fumar y cuestionario estructurado sobre datos sociodemográficos, hábito tabáquico, sintomatología respiratoria. Y su MC dio consejo breve y estructurado para dejar de fumar y discusión detallada de espirometría. Posteriormente se aleatorizaron informáticamente y hubieron visitas de seguimiento a tres (1), seis (2), doce (3) y 24 (4) meses. Al grupo control se dio consejo breve estructurado y al grupo de intervención consejo breve asociado a discusión detallada de espirometría de la visita de selección. Al año, en grupo de intervención se hizo lo mismo que en visita 0 y al grupo control solo consejo breve estructurado para dejar de fumar, comprobando el abandono del tabaco mediante el test del monóxido de carbono.

Resultados: Pacientes 173 en grupo intervención y 188 en grupo control, ambos grupos han resultado comparables. Al año de seguimiento, 9,8% de los fumadores del grupo control y 15,6% del grupo intervención eran ex fumadores, y se incrementó al 13,4% y 22,4% respectivamente ($p < 0,05$). En el análisis multivariante las variables que se asociaron a mayor probabilidad de abandono fueron: mayor edad, mayor motivación y EPOC grado grave. 20,6% EPOC no conocido, 61,2% leves y 5% graves.

Conclusión: Discutir detalladamente los resultados de una espirometría en población fumadora se ha mostrado efectiva, au-

mentando las tasas de abandono. La prevalencia de la EPOC no diagnosticada sigue siendo elevada.

ID 2535

UTILIDAD DEL CUESTIONARIO MULTICAGE-CAD4 COMO INSTRUMENTO DE CRIBADO DE CUATRO CONDUCTAS ADICTIVAS: LUDOPATÍA, ADICCIÓN A INTERNET, A LOS VIDEOJUEGOS Y COMPRAS COMPULSIVA

M^a Teresa Rodríguez Monje¹, Elías Rodríguez Alonso², Alicia Mateo Madurga², Mercedes Fernández Girón³, Rosa Ana Escrivá Ferrairo⁴, L. Eduardo Ayala Morillas⁵

¹Unidad Docente Multiprofesional de AFYC Sur. ²Dr. Cirajas. ³M^a Ángeles López Gómez. ⁴Santa Isabel. ⁵Hospital Clínico de San Carlos.

Objetivo: Evaluar la utilidad de cuatro de las escalas del cuestionario MULTICAGE-CAD4 para la detección de 4 conductas adictivas (juego, internet, videojuegos y compras), considerando como patrón oro las escalas diagnósticas para cada conducta (cuestionarios DSM-IV, IADQ, DSM-IV-JV y CBS, respectivamente).

Material y métodos: Estudio descriptivo de pruebas diagnósticas, multicéntrico en atención primaria. Se incluyeron por muestreo sistemático 2074 sujetos ≥ 14 años que acudieron entre febrero y diciembre de 2011 a las diferentes consultas de los 5 centros de salud que participaron en el estudio. Se recogieron variables socio demográficas (edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral, estado civil), acceso a tecnologías (ordenador, videoconsolas), resultado de MULTICAGE-CAD4 para cada conducta y resultado del patrón oro DSM-IV-JUEGO, IADQ-INTERNET, COMPRAS-CBS, DSM-IV-VIDEOJUEGOS). Se calcularon sensibilidad (S), especificidad (E), valores predictivos (VPP, VPN) y cocientes de probabilidad (CPP, CPN).

Resultados: La edad media fue de 49,67 años (DE: 18,6), el 96,3% mayores de 18 años y el 57,7% eran mujeres. El 58,7% estaba casado. El 30% tenía estudios primarios y el 40% eran población activa. Disponían en el domicilio de ordenador el 46% y videoconsolas el 34%. La S, E, VPP, VPN, CPP, CPN del MULTICAGE para cada conducta adictiva fue respectivamente a internet (95%, 90%, 11%, 99,9%, 10 y 0,05), a videojuegos (56%, 98%, 42%, 99%, 32 y 0,45), al juego (62%, 99%, 19%, 99%, 96 y 0,038) y a compras (92%, 91%, 99,9%, 9%, 11 y 0,08).

Conclusión: La utilidad del cuestionario es elevada para descartar los comportamientos adictivos estudiados en Atención Primaria. Su utilidad para el diagnóstico precoz es menor, siendo variable según las escalas, pero aceptable para todas las conductas.

ID 262

FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA A UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD A MEDIO Y LARGO PLAZO EN UN CENTRO DE SALUD

María del Carmen Cintado Sillero, Carmen Belén García Vertedor, Juan Ignacio Leiva Pino, José Aranda Regules, Noemí Vázquez González, Ana López del Castillo

San Andrés Torcal.

Objetivo: Determinar factores asociados a la adherencia en un programa de tratamiento de la obesidad

Material y métodos: Estudio cuasi experimental pretest posttest de seguimiento sin grupo control en un centro de salud urbano. Se evalúa un programa con intervención individual (prescripción dieta y actividad física, seguimiento mensual), grupal (grupos psicoeducativos quincenales) y comunitaria (actividades grupales orientadas hacia el ejercicio, imagen corporal, emociones, comunicación e identidad cultural, 3 veces/semana) <http://www.youtube.com/watch?v=Pa8QnmFoPqU&feature=email>. 174 participantes fueron

incluidos en el análisis (captación enero-junio 2009). Variables respuesta adherencia a los 6 y 12 meses, % de personas con pérdida significativa de peso ($> 5\%$ inicial). Análisis descriptivo, bivariante (χ^2) y multivariante (regresión logística paso a paso), variables control sexo, edad, peso inicial, talla, comorbilidad, nivel de instrucción, clase social, autopercepción de salud, calidad de vida, soledad, satisfacción, sentido de coherencia (Antonowsky) y tipo de tratamiento. Análisis por intención de tratar. Paquete estadístico SPSS

Resultados: A los 6 meses 32,7% de los pacientes iniciales tenían una pérdida significativa peso y a los 12, el 12,7%. La variable determinante fue mantenerse en el programa, lo que hacían el 64,4% y el 24,7% respectivamente. La adherencia se asocia con padecer artrosis ($p = 0,001$) participar en tratamiento comunitario ($p = 0,05$), auriculoterapia ($p = 0,01$), IMC previo ($p = 0,03$), edad ($p = 0,004$) y la escala de sentido de Antonowsky ($p = 0,02$). En los modelos multivariantes solo permanecen con significación tratamiento comunitario (OR 0,36 IC95 0,19-0,75), auriculoterapia (OR 0,39 IC95 0,19-0,80) y la mayor edad (30-50 OR 3,3 IC95 1,07-10,36; > 50 OR 9,59 IC95 2,55-36) Solamente la auriculoterapia ($p = 0,001$ OR 0,3 IC95 0,14-0,62 mantiene la significación a los 12 meses en modelos brutos y ajustados).

Conclusión: La adherencia es determinante para conseguir una pérdida significativa de peso en un programa obesidad a medio y largo plazo y aumenta mientras dura la participación en actividades comunitarias y auriculoterapia.

ID 715

EFICACIA DE INTERVENCIÓN GRUPAL MOTIVACIONAL EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. RESULTADOS FINALES DEL ESTUDIO IMOAP

Juan José Rodríguez Cristobal¹, Josep M^a Pérez Santos¹, Nuria Sanfeliu Soto², Estrella Roderó Pérez², Ester Martínez Sánchez¹, Jean Carlos Gómez Nova¹

¹ABS Florida Sud. ²ABS Florida Nord.

Objetivo: 1. Determinar si una intervención en grupo de motivación, junto a la intervención habitual, es más eficaz que esta última en el tratamiento del sobrepeso y obesidad, en la reducción inicial de peso y fundamentalmente, conseguir la persistencia en el tiempo de la normalización del peso conseguido. 2. Observar si dicha intervención es más efectiva en la reducción de los factores de riesgo cardiovascular asociados al sobrepeso y la obesidad.

Material y métodos: Ensayo clínico multicéntrico de 26 meses de seguimiento, incluyendo 864 pacientes con sobrepeso y obesidad. Se aleatorizaron Áreas Básicas de Salud (ABS). Un grupo (intervención) recibió cuidados habituales de dieta y ejercicio físico junto 32 sesiones de intervención motivacional grupal por enfermera entrenada por psicólogos expertos. El grupo control recibió sólo recibió los cuidados habituales cada 3 meses.

Resultados: Diferencias en la reducción de peso en los dos grupos: 18,1% de los pacientes en el grupo control redujo su peso más de un 5%. En el grupo intervención, fue del 26,9%, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,0304$). Esta reducción de peso se acompañó de una mejora en los factores de riesgo cardiovascular: en el grupo intervención hubo un incremento del cHDL, del cHDL/cLDL y una reducción del cLDL, pero no de los niveles de triglicéridos. Apo A1 y Apo B, fibrinógeno e insulina no hubo cambios significativos.

Conclusión: La intervención motivacional grupal para la modificación del estilo de vida dio lugar a una mayor pérdida de peso que se mantuvo en el tiempo que los cuidados habituales solos. Los resultados ponen manifiesto la importancia de la entrevista motivacional grupal en el tratamiento de los pacientes con sobrepeso y obesidad en Atención primaria.

Sesión Oral 3: Diabetes y síndrome metabólico

ID 42

INCIDENCIA DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Y GRADO DE CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES DIABÉTICOS

Roxana Elena Catalán¹, Rosana Landín Delgado¹,
Edmar Lastra Castillejos¹, Eva Satué Gracia¹,
Ángel Vila Córcoles¹, Olga Ochoa Gondar²

¹ABS Tarragona 2. ²ABS Tarragona 5.

Objetivo: Estudiar la incidencia de infarto agudo de miocardio (IAM) en diabéticos mayores de 60 años y analizar la tasa de incidencia y el índice de mortalidad en función del grado de control metabólico.

Material y métodos: Estudio de cohorte, de base poblacional emplazado en la región sanitaria de Tarragona que incluyó 5.905 diabéticos adscritos a nueve áreas básicas de Atención Primaria. Se registraron todos los IAM (con confirmación analítica y electrocardiográfica) ocurridos en los miembros de la cohorte entre 01/12/2008 y 30/11/2011. Se determinó el grado de control metabólico (mediante hemoglobina glicosilada) al inicio del estudio considerándose buen control < 6,9%, control regular entre 7 y 7,9% y mal control > 8%. Se determinaron tasas de incidencias (TI) por mil personas/año e índices de mortalidad para distintos subgrupos de pacientes en función del grado de control metabólico.

Resultados: Se observaron un total de 147 episodios de IAM (TI: 8,3‰) con un índice de letalidad de 16,9%. La incidencia fue mayor en varones (9,6‰), en pacientes con historia previa de coronariopatía (32,9‰), insulinizados (17,7‰) y/o en tratamiento con estatinas (10,4‰) o antiagregante (11,7‰). Los mayores índices de mortalidad se observaron en mujeres (21,1%), mayores de 80 años (31,3%), obesos (51,8%) y diabéticos insulinizados (21,5%). Las tasas de incidencia y mortalidad por IAM crecieron significativamente con el grado de control metabólico TI de 6,1‰ en pacientes con buen control, 7,03‰ con control regular y 9,97‰ con mal control (índices de mortalidad de 0%, 13,51% y 21,16%, respectivamente).

Conclusión: En comparación a los pacientes bien controlados los diabéticos con regular o mal control presentaron un exceso de riesgo de IAM de aproximadamente 15% y 64%, respectivamente. Las mujeres diabéticas y los pacientes obesos presentaron episodios de IAM ligados a altos índices de mortalidad.

ID 470

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE RETINOPATÍA DIABÉTICA EN PACIENTES DIABÉTICOS MEDIANTE CÁMARA NO MIDRIÁTICA

Sonia Rivas Zuazo, Laura Conangla Ferrin, Michael Lowak,
Michel Acuna, Anna Bosch Masgrau, Francisco Díaz Gallego

Larrard.

Objetivo: Principal: conocer la prevalencia y gravedad de la retinopatía diabética (RD) en una muestra de pacientes con diabetes mellitus tipo II (DM2) de dos centros de salud (CS) mediante el empleo de cámara no midriática (CNM). Secundarios: calcular la diferencia de costes de CNM en atención primaria versus oftalmología. Conocer la prevalencia de otras patologías oculares detectadas mediante CNM en pacientes DM2. Describir factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados a RD.

Material y métodos: Estudio descriptivo. Ámbito atención primaria. Criterios inclusión: población DM2 mayor de 14 años. Periodo estudio: junio-diciembre 2012. Cumplen criterios: 2271. Muestra: 325. Variables: RD, derivaciones oftalmología (DO), presión intraocular (PIO), factores riesgo cardiovascular, precio exploraciones.

Análisis: Statcrunch. Limitaciones: No es una muestra aleatoria, sino de conveniencia.

Resultados: Mujeres/hombres: 185/140. RD: 31 (9,5%). Hemoglobina glicosilada media (HbA1cM): Sí RD: 7,13, No RD: 7,49. DO: 72 (22%): RD (Grado II o más) 28 (38,8%), PIO patológica 21 (29,1%); maculopatía 6 (8,3%). Resto DO: mala calidad imagen 8 (11,1%), alteraciones visuales 4 (5,5%), cataratas 4 (5,5%). FRCV: HTA: 245, dislipemia: 223. Índice Kappa de correlación entre observadores: 0,61 Costes según precios oficiales del BOE 2012: Coste unitario (CU) y total CNM AP: 90 € y 39,750 € respectivamente. CU y total CNM oftalmología: 230 € y 74,750 € respectivamente. Ahorro: 35,000 €.

Conclusión: Pocas DO, remitiendo únicamente los que presentaban RD grado II o más, PIO patológica, maculopatía, mala calidad de imagen, Alteraciones visuales y cataratas. Buena concordancia entre los dos médicos respecto a la valoración de las imágenes. HbA1cM mayor si RD (¿más control?). Se ha conseguido un ahorro de 35.000 Euros en 6 meses de funcionamiento. No hay suficientes datos para relacionar los FR con la RD. Pensamos que la prevalencia de RD es baja porque hay una población de pacientes con RD previamente cribada con controles oftalmológicos rutinarios.

ID 626

VALIDEZ DEL CUESTIONARIO DE EDIMBURGO PARA DETERMINAR LA PRESENCIA DE ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA EN DIABÉTICOS TIPO II

María José Modroño Freire¹, Salvador Pita Fernández²,
Adriana de la Paz Solís¹, Sonia Pertega Díaz²,
Mohammed Alhayek Ai², Lizbeth Dalila Herrera Díaz¹

¹A Cuna Marinamansa. ²Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Objetivo: Determinar en pacientes diabéticos tipo II la prevalencia de arteriopatía periférica utilizando el cuestionario de Edimburgo y el índice tobillo-brazo (ITB), y su concordancia.

Material y métodos: Ámbito: Centro de salud. Periodo: enero 2011-enero 2013. Tipo de estudio: Estudio observacional de prevalencia. Criterios inclusión: pacientes diabéticos tipo II, con consentimiento informado. Criterios exclusión: pacientes trasladados o en situación terminal. Mediciones: Edad, sexo, tiempo evolución diabetes, índice de masa corporal (IMC), índice de Charlson, TAS, TAD, índice tobillo-brazo, niveles de colesterol total, HDL-colesterol, Hábito tabáquico. Riesgo cardiovascular (Framingham-Wilson, Score, Dorica y Regicor). Cuestionario de Edimburgo. Tamaño muestral: n = 323 (± 5,5% precisión; 95% seguridad). Análisis estadístico: Concordancia (Índice Kappa, K). Aspectos ético-legales: Aprobación por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia (2010/278).

Resultados: La edad media fue de 55,1 ± 21,3 años, siendo el 50,5% hombres. La media de evolución de la diabetes tipo II era de 14,4 ± 10,0 años. Presentaban riesgo cardiovascular moderado/alto, según Regicor un 37,3%, según Score un 50,9%, según Dorica un 85,7% y según Framingham 92,2%. El 26,4% referían claudicación intermitente según el Cuestionario de Edimburgo (14,2% definida y 12,2% atípica). El 37,2% presentaban un índice tobillo-brazo normal (ITB 0,9-1,10) un 26,5% menor de 0,9 y un 36,2% mayor de 1,10. Tras valorar la concordancia de la arteriopatía periférica según el cuestionario de Edimburgo y el índice tobillo-brazo, se obtuvo un índice de Kappa = 0,084. El cuestionario de Edimburgo mostró una sensibilidad del 19,4% para predecir el diagnóstico de arteriopatía periférica (ITB < 0,9) y una especificidad del 70,7%. Los valores predictivos positivo y negativo fueron del 29,2% y 58,6% respectivamente.

Conclusión: Una cuarta parte de los pacientes diabéticos tipo II presentan arteriopatía periférica. Existe una baja concordancia entre la evaluación de síntomas de claudicación intermitente y los resultados del índice tobillo-brazo. Para valorar la presencia de arteriopatía periférica es preciso realizar el índice tobillo-brazo.

ID 1798

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y DIABETES MELLITUS: PREVALENCIA, MANEJO Y ASOCIACIÓN CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Antonio Sisó Almirall¹, Enric Esmatjes Mompó²,
Luis González de Paz¹, Belchín Kostov³,
Mireia Martí Villalta¹, Josep Vidal Cortada²

¹CAP Les Corts. ²Hospital Clínic. ³IDIBAPS.

Objetivo: Determinar la prevalencia de nefropatía (ND) en la población con diabetes mellitus tipo-2 (DM2). El objetivo principal es comparar los factores de riesgo (FRCV) y enfermedad cardiovascular (ECV) en población con ND frente a población diabética sin nefropatía (no-ND). Como objetivo secundario se pretende conocer el manejo terapéutico del paciente con ND.

Material y métodos: Estudio poblacional descriptivo multicéntrico llevado a cabo en 3 áreas de salud urbanas con una población diabética atendida de 5.037 pacientes. Definimos ND como la presencia de uno o más de los siguientes criterios: (1) Microalbuminuria > 30 mg/g; (2) Insuficiencia renal; (3) Alteración del filtrado glomerular (MDRD < 60 ml/min); (4) Episodio de nefropatía. Se recogieron características basales y biológicas, grado de control de FRCV, presencia de ECV y manejo terapéutico.

Resultados: Presentaban ND 1.127 pacientes de los 5.037 (prevalencia del 22,37%) cuya edad media fue 74,5 ± 11,1 años, siendo mujeres 475 (42,1%). Distribución por criterios clasificatorios: microalbuminuria 728 (14,45%); insuficiencia renal 431 (8,56%); alteración filtrado glomerular 212/1301 (16,29%); episodio de nefropatía 103 (2,04%). Tiempo de evolución de la DM2: 10,1 ± 5,3 años en ND vs 7,9 ± 4,9 en no-ND (p < 0,001). Grado de control de FRCV en pacientes con ND frente a no-ND: PA ≤ 140/90 mmHg: 68,6% vs 75,6% (p < 0,001); HbA1c ≤ 7%: 63,5% vs 67,5% (p < 0,014); colesterol-LDL < 130 mg/dl: 83,7% vs 75,6% (p < 0,001). Presencia de ECV en ND frente a no-ND: retinopatía: 9,8% vs 5% (p < 0,001); IAM: 20,8% vs 13,2% (p < 0,001); AVC: 8% vs 4,7% (p < 0,001); enfermedad arterial periférica: 9,5% vs 3,7% (p < 0,001). Tratamientos en ND frente a no-ND: metformina: 77,6% vs 74% (p < 0,015); sulfonilureas: 44,4% vs 34,3% (p < 0,001); insulina: 27,8% vs 17,4% (p < 0,001); diuréticos 48,1% vs 34,2% (p < 0,001); IECAs o ARA-II: 63,4% vs 44,3% (p < 0,001). Pacientes con ND derivados al nefrólogo 152 (13,5%).

Conclusión: La prevalencia de ND es del 22,37%. Los pacientes con ND presentan mayor tiempo de evolución de su DM2. Aunque el grado de control de HTA y DM2 puede considerarse globalmente satisfactorio, empeora en el grupo de pacientes con ND. La presencia de ECV se duplica en pacientes con ND, en los que además existe una mayor carga terapéutica.

ID 678

CAMBIOS EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRESTADA A UNA COHORTE DE PACIENTES CON DM2. ¿IMPACTO DE LA REDUCCIÓN DE RECURSOS?

Inmaculada Pérez Enríquez, Beatriz Castillo Trillo,
Francisca Muñoz Cobos, Cristina Ruiz Álvarez,
Julián Zarco Manjavacas, Lucía Pérez Vidal

Centro de Salud El Palo.

Objetivo: Analizar la calidad de la atención prestada a los pacientes diabéticos adscritos a un cupo tras reducción de recursos asistenciales.

Material y métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal 2011. Ciclo evaluativo. Datos de proceso asistencial y resultados intermedios. Emplazamiento: centro de salud urbano. Pacientes adscritos a un cupo. Sujetos: 184 pacientes EN 2011 con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Metodología: evaluación interna. Criterios de calidad: 1. Examen anual de fondo de ojo (FO), 2. Ex-

ploración anual de los pies, 3. Determinación al menos una vez al año de HbA1c, 4. Determinación de LDL colesterol, 5. Realización de microalbuminuria, 6. HbA1c en rango recomendado ≤ 7, 7. Tener LDL ≤ 100, 8. tener microalbuminuria ≤ 30. Porcentaje de cumplimiento con intervalo de confianza (IC) para alfa 0,05. Comparación IC cumplimientos sucesivos.

Resultados: Edad media 68,8 ± 10,8. 58,7% hombres. Cumplimiento de criterios en el año 2011 y comparación con los últimos 4 años (2007-2010): 1. Examen anual de FO: realizado en el 70,7% (64,1%-77,2%), siendo normal en el 82,3%; 2. Examen de pies: realizado en el 78,3% (72,3-84,22) (p < 0,05) con empeoramiento significativo con respecto a los últimos 4 años (normal en el 92,46%); 3. Determinación HbA1c: 84,8% (79,59-89,97) con empeoramiento significativo; 4. LDL colesterol: realizado en el 83,2% (77,7-88,6) con empeoramiento significativo; 5. Microalbuminuria: 77,2% (71,1%-83,2%) sin cambios significativos; 6. HbA1c en rango objetivo: 61,5% y 64,7% (en primera y segunda determinación anual) diferencia no significativa; 7. LDL en rango: 60,2% con empeoramiento significativo; 8. Microalbuminuria en rango: 83% sin cambios significativos.

Conclusión: Se produce un empeoramiento en cuanto al número de controles analíticos recomendados de forma anual en pacientes diabéticos. Se encuentra un empeoramiento en el porcentaje de pacientes con LDL dentro del rango recomendado por las guías sin encontrar cambios significativos con respecto al control de HbA1c y microalbuminuria.

ID 738

FLEXIBILIDAD DE ADMINISTRACIÓN DE INSULINA DEGLUDEC EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y 2: RESULTADOS DE LA FASE III

Martín López de la Torre Casares¹, Encarnación Selfa Cabrera²,
Teresa Muros de Fuentes¹

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves. ²Novo Nordisk.

Objetivo: Revisar los resultados de eficacia y seguridad de los ensayos clínicos de flexibilidad de dosis realizados como parte del desarrollo clínico del nuevo análogo de insulina de larga duración, insulina degludec (IDeg).

Material y métodos: Revisión de los ensayos clínicos fase III de flexibilidad de dosis completados hasta la fecha con IDeg vs insulina glargina (IGlar) identificados en Medline y comunicaciones a congresos relevantes de la especialidad (ADA/EASD).

Resultados: Se han identificado 2 ensayos: uno en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 [DM1] (N = 493) de 26 semanas de duración y una fase de extensión hasta 52 semanas (N = 493), y otro en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 [DM2] (N = 459) de 26 semanas de duración. La intervención en estudio consistió en alternar la hora de administración de IDeg entre la mañana y la noche para generar intervalos de dosis de 8, 24 y 40h (IDegFlex). Los resultados confirmaron la hipótesis de no-inferioridad de IDegFlex frente a IGlar en términos de reducción de HbA1c (≤ 4%), tanto en DM1 [Diferencia estimada (DE) IDegFlex-IGlar: 0,07% (IC95% -0,05; 0,19)] como en DM2 [DE: 0,04% (IC95% -0,12; 0,20)]. La glucosa plasmática en ayunas (GPA) también se redujo de forma significativa con IDegFlex en comparación con IGlar en DM1 [DE: -19,3 mg/dl (IC95% -32,7; -5,8)] y en DM2 [DE: -7,56 mg/dl (IC95% -14,8; -0,4)]. Además, en pacientes con DM1, IDegFlex se asoció de forma estadísticamente significativa (p < 0,05) con un riesgo menor de hipoglucemias nocturnas [Razón de tasas de incidencia IDeg-Flex/IGlar (RR) = 0,75 tras 52 semanas].

Conclusión: Cuando IDeg se administra en intervalos flexibles de 8, 24 y 40h, se alcanza un control glucémico comparable al obtenido con IGlar. Además en pacientes con DM1, la pauta flexible de IDeg se asocia con una reducción relevante del riesgo de hipoglucemias nocturnas y graves.

ID 944

EVALUACIÓN DE LA RESISTENCIA INSULÍNICA EN PACIENTES CON ESTEATOSIS HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA (EHNA) MEDIANTE EL TEST HOMA-IR

Antoni Santigosa Ayala¹, Alexandra Caselles², Doina Soltoianu², Soraia Amorós Rodríguez³, Jordi Jové Balanyà²

¹Sant Salvador. ²Reus 4. ³Sant Joan Reus.

Objetivo: Describir el espectro clínico del paciente con esteatosis hepática no alcohólica (EHNA) y medir la resistencia insulínica en función del grado de esteatosis mediante el test HOMA-IR.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, analizando pacientes pertenecientes una área urbana. Seleccionamos aquellos diagnosticados de EHNA mediante ecografía que evalúa el grado de esteatosis. Excluimos los mayores de 80 años, consumo de alcohol > 20 g/d en mujeres o > 40 g/d en hombres y los tratados con insulina. Reclutamos 45 enfermos, les medimos datos antropométricos y interrogamos sobre hábitos tóxicos. Solicitamos análisis de sangre con lo necesario para calcular HOMA-IR. 6 de los pacientes reclutados fueron pérdidas. Los datos se analizaron con SPSS 15.0.

Resultados: Nuestra muestra consta de 66,7% hombres. La media de edad es 60, ± 5 años, peso 81,3 $\pm 11,4$ Kg, perímetro de cintura 105,5 $\pm 9,9$ cm y media de IMC 31 $\pm 4,4$. El grado de esteatosis se distribuye: 30,8% leve, 33,3% moderada y 35,9% grave. Un 53,8% de la muestra presenta hipertensión arterial; diabetes un 30,8% y dislipemia un 48,7%. Un 12,8% sufrió un evento cardiovascular. Observamos diferencias estadísticamente significativas en perímetro de cintura e IMC entre EHNA leve y severa y también entre moderado y grave ($p < 0,001$). Los niveles de GPT, muestran diferencias significativas entre los grupos moderado y grave ($p < 0,05$). La insulínemia está significativamente más alta en el grupo de EHNA grave comparado con leve y moderado ($p < 0,01$). El test HOMA-IR, muestra diferencia significativa entre el grupo grave y el leve y moderado ($p < 0,01$).

Conclusión: Incrementos de IMC y perímetro de cintura, se asocian con grados más severos de esteatosis. Grados evolucionados de EHNA, se relacionan con mayor resistencia insulínica, pero incluso grados leves de esteatosis ya presentan resistencia insulínica significativa. Altos niveles de GPT en sangre, pueden corresponderse con EHNA moderada o grave.

ID 1169

ANÁLISIS DE 5 AÑOS DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE RETINOPATÍA DIABÉTICA EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA URBANA

Francisco José Guerrero García¹, María González Urbano¹, Juan Ortiz Espinosa¹, Laura Sánchez Martín², María Filomena Alonso Morales³

¹Gran Capitán. ²Laura Sánchez. ³San Cecilio.

Objetivo: Analizar las retinografías realizadas durante 5 años en una Unidad de Gestión Clínica (UGC) urbana. Conocer las retinopatías diabéticas (RD) diagnosticadas y la concordancia entre las valoraciones del médico de familia y el oftalmólogo.

Material y métodos: Se analizan las retinografías realizadas en pacientes de la UGC desde enero de 2008 hasta diciembre de 2012. Variables: número de retinografías. Resultado del médico de cribado: No RD, RD, retinopatía no diabética (RND), RD conocida, no valorable. Resultado oftalmólogo: No RD, RD, RND, RD conocida, No valorable. Se realiza análisis estadístico con software Minitab® 15.1.30.0.

Resultados: Retinografías realizadas: 2.838; Media anual: 567,6; Distribuidas por años: 2008: 513; 2009: 582; 2010: 670; 2011: 516; 2012: 557. Retinografías informadas como NRD por médico de cribado: 2015 (71%), distribuidas por años: 2008: 286 (55,75%); 2009:

403 (69,24%); 2010: 486 (72,53%); 2011: 407 (78,87%); 2012: 433 (77,73%). Retinografías informadas como RD por médico de cribado: 510 (17,97%) distribuidas por años: 2008: 145 (28,26%); 2009: 118 (20,27%); 2010: 115 (17,16%); 2011: 64 (12,40%); 2012: 68 (12,20%). Existen diferencias significativas entre 2008 y el resto, no existiendo entre el resto de los años. Retinografías informadas como RD por oftalmólogo: 305 (10,74%) distribuidas por años: 2008: 107 (20,85%); 2009: 55 (9,45%); 2010: 58 (8,65%); 2011: 32 (6,20%); 2012: 53 (9,51%). Existen diferencias significativas entre 2008 y el resto, no existiendo entre el resto de los años. Concordancia entre RD de médico de cribado y de oftalmólogo: 59,8%, distribuida por años: 2008: 73,8%; 2009: 46,6%; 2010: 50,4%; 2011: 50,0%; 2012: 77,9%. No existen diferencias significativas entre los años.

Conclusión: El Programa de Detección Precoz de Retinopatía Diabética se ha demostrado eficaz para el diagnóstico precoz de esta complicación de la DM. Sigue siendo necesario, ya que se siguen diagnosticando nuevas RD. Parece ser que los médicos de cribado cada vez envían menos sospechas de RD al oftalmólogo, incrementando por tanto su capacidad para diagnosticar la normalidad (NRD).

ID 1251

INFLUENCIA DEL NÚCLEO FAMILIAR SOBRE EL CONTROL METABÓLICO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTES

Cristina Sofía Rodríguez Ortega¹, María del Carmen Merino Jiménez², María Demelza Olivencia Carrión²

¹López Barneo. ²San Felipe.

Objetivo: Conocer la relación de la función familiar con el control metabólico y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2.

Material y métodos: Diseño: observacional descriptivo-transversal. Emplazamiento: dos centros de salud (rural/urbano). Población y muestra: pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales, incluidos en el proceso de diabetes, seleccionados mediante muestreo sistemático ($n = 164$, confianza 95%, potencia 80%, IC 10%), durante el año 2012. Intervenciones: se recogieron de la historia clínica variables sociodemográficas, control metabólico según proceso asistencial de diabetes (tensión arterial, LDL-colesterol, hemoglobina glicosilada), y mediante entrevista clínica estructura familiar, función familiar (test de Apar), adherencia al tratamiento (cuestionario Morinski-Green) y porcentaje de cumplimentación (envases de medicación retirados entre envases prescritos, durante un año). Se obtuvo el consentimiento informado. Se realizó un estudio descriptivo (SPSS15), análisis bivariado y regresión logística binaria (variable dependiente: función familiar, normofunción/disfunción).

Resultados: Se estudian 164 pacientes, edad media 64,2 años $\pm 11,0$ y 44% mujeres. 17% presentaron disfunción leve, 7% grave, relacionado con los estados solteros/divorciados (2% vs 30%; $p < 0,001$ χ^2) y personas sin familia/equivalentes familiares (11% vs 23%; $p < 0,05$ χ^2). Evolución media de diabetes 7,1 $\pm 4,9$ años, valor medio HbA1c 7,2 $\pm 1,3$; 65% hipertensos, 20% fumadores. El colesterol se controla un 14% mejor si existe normofunción ($p = 0,08$ χ^2). En caso de disfunción, el porcentaje de alto riesgo cardiovascular de Framingham aumenta un 20% ($p = 0,012$ χ^2), disminuye la cumplimentación un 17% ($p = 0,002$ χ^2) y la adherencia al tratamiento empeora en el 21% de los diabéticos ($p = 0,03$ χ^2). Mediante regresión logística, se relaciona la función familiar con adherencia terapéutica (OR = 2,7; $p = 0,012$) y posiblemente con el riesgo cardiovascular (OR = 1,1; $p = 0,066$) e hipercolesterolemia (OR = 0,5; $p = 0,075$).

Conclusión: Los diabéticos con disfunción familiar presentan menor adherencia al tratamiento y posiblemente, un riesgo cardio-

vascular mayor. El control metabólico es similar en ambos grupos, salvo hipercolesterolemia. Es importante valorar a diabéticos con circunstancias sociales especiales (familias no nucleares/sin pareja/sin familia) que se relacionen con disfunción familiar.

ID 1670

¿AFECTA EL SÍNDROME METABÓLICO DE FORMA DIFERENTE A HOMBRES Y MUJERES DIABÉTICOS DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL?

Tomás Rebora Mariano¹, M^a Carmen Vides Batanero¹, Raquel Ramírez Robles¹, Concepción Berna Guisado², José Antonio Castro Gómez¹, Miguel Melguizo Jiménez¹

¹Almanjazar. ²Cartuja.

Objetivo: Evaluar si el grado de control metabólico muestra desigualdades según sexo.

Material y métodos: Diseño: descriptivo transversal multicéntrico. Ámbito: Atención primaria, urbano, zona transformación social. Población: De 3.506 diabéticos de 4 CS se eligieron de forma aleatorizada 327 hombres y 419 mujeres. Muestra: 746. Mediciones: de la historia clínica informática, laboratorio de referencia y encuestas telefónicas se recabaron datos sociodemográficos, perfil de diabetes, complicaciones cardiovasculares y control de riesgo cardiovascular (RCV-SCORE calibrada para España). Análisis: estrategia univariante y bivalente (t Student, análisis de la varianza y chi-cuadrado), considerando etnia variable independiente. Limitaciones: posible infradiagnóstico, infraregistro de variables, valoración RCV-SCORE sólo entre 40 y 65 años, recogida de datos por diferentes profesionales. Aspectos ético-legales: Se salvaguarda la confidencialidad mediante un número de registro.

Resultados: La edad media de mujeres diabéticas fue 64,1 años vs 62 en hombres (p = 0,02). Las mujeres presentan HbA1c > 7 y mayor prevalencia de HTA (64,7% vs 58,4, p = 0,08; 77,6% vs 70,8%; p = 0,03, respectivamente). En cuanto a la dislipemia, encontramos que las mujeres presentan peor control de triglicéridos (62,9% vs 56,6%; p = 0,09), de colesterol total (64,5% vs 50,5%, p = 0,00), c-LDL (69,9% vs 58,4%; p = 0,001) y HDL-c (68,4% vs 62,6%; p = 0,1). Además, la media del IMC es superior en las mujeres (34,2 kg/m² vs 31,8 kg/m²; p = 0,000). Sin embargo, los hombres presentan mayor tabaquismo (35,2% vs 19,2%; p = 0,000) y mayor RCV-SCORE (RCV ≥ 5: 22,7% vs 3,2%; p = 0,000).

Conclusión: Al comparar las diferentes variables en función del género observamos que las mujeres diabéticas son más obesas y

presentan peores cifras de lipemia. Sin embargo, su hábito tabáquico y riesgo cardiovascular es menor. Al ampliar la muestra y la dispersión geográfica seguimos observando los mismos resultados que estudios anteriores en población granadina, lo que potencia la validez externa de nuestro estudio.

ID 2115

COMPARACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADO (MDRD-4) ENTRE LAS POBLACIONES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

Antonio Ruiz García¹, Ezequiel Arranz Martínez², Luis Morales Cobos³, David Palacios Martínez², Juan Carlos García Álvarez⁴, Enrique Rodríguez de Mingo³

¹Pinto. ²San Blas. ³Las Américas. ⁴Dr. Mendiguchia Carriche.

Objetivo: Comparar el filtrado glomerular estimado (FGe) entre las poblaciones con o sin SM según ATP.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del SERMAS durante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual y siguiendo las normas éticas de investigación internacionales. Población de estudio: muestreo simple aleatorio de base poblacional de 1.625 sujetos sobre los listados de 47.693 adultos adscritos a los médicos investigadores. Sujetos analizados: 1.053 [(20,49% ilocalizables; 8,98% rechazan consentimiento; 6,71% no acudieron; 2,74% gestantes e inmovilizados)]. Recogida de datos: entrevista solicitada a los sujetos de estudio, tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas, para determinación de variables clínicas y bioquímicas. Análisis estadístico: estadísticos nominales: porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; contraste z para la diferencia de proporciones. Estadísticos cuantitativos: medias con desviación típica (± DE); diferencias de medias: prueba t para igualdad de medias tras evaluarla prueba de Levene para igualdad de varianzas. Variables de estudio: creatinina (mg/dL) y FGe (MDRD-4) = $186 \times (\text{creatinina})^{-1,154} \times (\text{edad})^{-0,203} \times (0,742 \text{ si mujer}) \times (1,210 \text{ si raza negra})$ (mL/min/1,73 m²).

Resultados: Variables descriptivas: población femenina: 53,20% (50,17-56,21). Media (± DE) edad: 49,57 (± 16,55) años. Prevalencia de SM según ATP: 30,95% (28,20-33,81). Prevalencia de ERC declarada por los investigadores: 3,99% (2,90-5,33). Variables de estudio y resultado: media (± DE) creatinina: 0,84 (± 0,36) mg/dL. Media (± DE) FGe (MDRD-4): 97,25 (± 28,68) mL/min/1,73 m² (tablas 1, 2 y 3).

Tabla 1

	Con SM (N = 331)		Sin SM (N = 722)		Dif. de medias	p-valor
	Media	± DE	Media	± DE		
Creatinina (mg/dL)	0,92	0,53	0,81	0,26	0,11	< 0,0001
FGe (MDRD-4) (mL/min/1,73 m ²)	88,18	23,53	101,42	29,85	-13,24	< 0,0001

Tabla 2

Estadio ERC	FGe	N	%	LI IC (95%)	LS IC (95%)
5	< 15	3	0,28%	0,06	0,83
4	15-29	3	0,28%	0,06	0,83
3	30-59	52	4,94%	3,71	6,43
2	60-89	382	36,28%	33,37	39,26
1	≥ 90	613	58,21%	55,17	61,21

Tabla 3

Estadio ERC	FGe	Síndrome metabólico				Dif. %	p-valor
		Sí	%	No	%		
5	< 15	2	0,60%	1	0,14%	0,47%	0,1933
4	15-29	2	0,60%	1	0,14%	0,47%	0,1933
3	30-59	33	9,97%	19	2,63%	7,34%	0,1480
3B	30-44	5	1,51%	2	0,28%	1,23%	0,0228
3A	45-59	28	8,46%	17	2,35%	6,10%	< 0,0001
2	60-89	145	43,81%	237	32,83%	10,98%	0,0006
2b	60-74	43	12,99%	66	9,14%	3,85%	0,0569
2a	75-89	102	30,82%	171	23,68%	7,13%	0,0141
1	≥ 90	149	45,02%	464	64,27%	-19,25%	< 0,0001

Conclusión: El FGe < 90 y FGe < 60 aparecen respectivamente en el 41,8% y 5,51% de la población. Al comparar las poblaciones con SM versus sin SM, la creatinina es 0,11 mg/dL mayor, y el FGe es 13,24 mL/min/1,73 m² menor. En la población con SM hay una mayor prevalencia de los estadios 2A y 3A de ERC.

Sesión Oral 4: Enfermedad cardiovascular y factores de riesgo cardiovascular

ID 101

ÍNDICE TOBILLO-BRAZO E INCIDENCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES TRAS 4 AÑOS DE SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE POBLACIONAL DE BAJO RIESGO CARDIOVASCULAR

Jordi Ingla Mas¹, Judit Alegre Basagana², Begoña López Rodríguez², María Viozquez Meza³, Rosa Forés Raurell², Maite Alzamora Sas²

¹ABS 2 Barri Llatí. Santa Coloma de Gramanet.

²ABS 4 Santa Coloma de Gramanet. ³ABS 3 Singuerlin. Santa Coloma de Gramanet.

Objetivo: Determinar la relación entre el índice tobillo-brazo (ITB) patológico y la incidencia de eventos cardiovasculares (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, aneurisma abdominal sintomático, intervención vascular) y muerte, en una cohorte poblacional española de mayores de 49 años con bajo riesgo cardiovascular.

Material y métodos: Determinación del ITB en 3.786 pacientes, seleccionados aleatoriamente, adscritos a 28 centros de salud de Barcelona. Los participantes fueron introducidos en una de las siguientes cohortes: ITB < 0,9 arteriopatía periférica (AP), ITB ≥ 1,4 calcificación arterial (CA), ITB entre 0,9 y < 1,4 sano. Seguimiento medio de 4 años, mediante contacto telefónico cada 6 meses tras la visita basal. Se revisaron registros de ingresos hospitalarios, historia clínica informatizada, entrevista con médico de familia, registros de consultas de urgencias y boletín estadístico de mortalidad. Eventos revisados por un comité médico. Se analizaron los datos con Proportional-hazard Cox regression models.

Resultados: Se analizaron 3.307 sujetos tras excluir a los que presentaron un evento previo al reclutamiento. 260 sufrieron eventos cardiovasculares (incidencia 2.117/100.000 personas-año) y 124 pacientes fallecieron por cualquier causa (incidencia 978/100.000 personas-año). AP duplicó el riesgo de presentar cardiopatía isquémica (hazard ratio ajustada [HR] = 2,0; 95% intervalo

de confianza [IC], 1,3-3,2) y aumentó el riesgo de presentar una intervención vascular (HR = 5,6, IC95% 2,8-11,5) y la morbilidad (HR = 1,8, IC 1,4-2,5) independientemente de otros factores de riesgo cardiovascular. CA duplicó el riesgo de presentación de eventos cerebrovasculares (HR = 1,9, IC 1,0-3,5), sin demostrar relación con la cardiopatía isquémica.

Conclusión: AP aumenta el riesgo de presentar cardiopatía isquémica y CA de enfermedad cerebrovascular en una población mediterránea de bajo riesgo cardiovascular. El ITB puede ser una herramienta útil para detectar pacientes de riesgo en las consultas de atención primaria.

ID 226

PREDICCIÓN DEL RIESGO TROMBOEMBÓLICO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR. COMPARACIÓN DE ESCALAS Y SOSPECHA CLÍNICA

José María Fernández Villaverde, Ana Carballo Vicente, Rosana Castelo Domínguez, Vicente Parga García, Gerónimo Ramón Domínguez López, Carmen Cerqueiras Alcalde

CAP Palmeira-Riveira.

Objetivo: El riesgo tromboembólico en los pacientes con fibrilación auricular (FA) no es homogéneo. Se pretende evaluar el comportamiento de distintas escalas de riesgo (CHADS₂ y CHA₂DS₂VASC) en comparación con la sospecha clínica, otorgada en forma de riesgo por el médico de atención primaria (MAP), en una cohorte de pacientes con FA.

Material y métodos: Utilizamos el registro FABAR (796 pacientes con historia previa de FA y seguimiento medio de 34 meses). Los 35 MAP que incluyeron a los pacientes respondieron una encuesta sobre el riesgo tromboembólico de los mismos. Durante el seguimiento se determinaron los eventos en forma de accidente cerebrovascular, ataque isquémico transitorio o embolia periférica, y cada escala se dividió en categorías de riesgo bajo, intermedio y alto.

Resultados: Se analizaron 754 pacientes, 86 (11,4%) con primer episodio, 143 (19,0%) con FA recurrente y 525 (69,6%) con FA permanente. Edad media 74,6 ± 9,2 años, 54,8% mayores de 75 años, 46,3% mujeres, 76,8% hipertensos, 24,4% diabéticos, 12,6% con insuficiencia cardíaca previa, 8% ictus o AIT previo, 10,2% enfermedad vascular. CHADS₂ medio 1,84 ± 1,1; CHA₂DS₂VASC medio 3,29 ± 1,4. El riesgo tromboembólico estimado por los médicos se distribuyó en bajo riesgo 30,1%, moderado 40,3% y alto 29,6%. La distribución para CHADS₂ fue bajo 9,9%, moderado 29,6% y 60,5% alto. Tras el seguimiento, con anticoagulación en 576 pacientes (76,4%), el número de eventos embólicos fue de 29 (3,8%). Las curvas COR, para discriminar los individuos que podrían tener o no un evento embólico durante el seguimiento basado en su score, mostraron

las siguientes áreas bajo la curva (AUC): para sospecha clínica del médico, AUC 0,640 (IC95% 0,605-0,675); para CHADS₂, AUC 0,578 (0,542-0,613); para CHA₂DS₂VASC, AUC 0,605 (0,569-0,640), sin diferencias estadísticamente significativas entre ellas.

Conclusión: La sospecha clínica de los MAP mostró una capacidad predictiva similar a la de las escalas de riesgo establecidas.

ID 667

ATEROSCLEROSIS CAROTÍDEA EN PERSONAS ASINTOMÁTICAS CON DIABETES TIPO 2 DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

Marta Catalán Adell¹, M. Carmen Goicoa Gago², Antonieta Also Fontanet³, Zoe Herreras Pérez⁴, Montse Pinyol Martínez², Emilio Ortega Martínez de Victoria⁵

¹CAPSBE. ²CAPSE. ³CAP Les Corts. ⁴Borrell. ⁵Hospital Clínic.

Objetivo: Investigar la prevalencia de aterosclerosis preclínica en sujetos con nuevo diagnóstico de DM2 (DMDEBUT) sin enfermedad cardiovascular (ECV) clínica.

Material y métodos: Estudio transversal (reclutamiento en marcha) y longitudinal (seguimiento 18 meses) de casos y controles. Se investiga mediante ultrasonografía la presencia de placa carotídea (PC) y el grosor de íntima media (GIMC). Se estudian personas con y sin DM y sin ECV apareadas por edad, sexo, hipertensión y dislipemia tratada y tabaquismo. Se evalúan parámetros antropométricos, laboratorio, biomarcadores y cuestionarios de alimentación/actividad física.

Resultados: Se presentan datos preliminares de 49 DMDEBUT (45% mujeres, edad mediana 67 años) y 32 controles. La mediana (p25-p75) de HbA1c en DMDEBUT era 6,8% (6,4-7,7%). No existen diferencias en las variables consideradas para aparear grupos ($p > 0,2$, todas). El índice de masa corporal (IMC) fue superior en DMDEBUT que en sujetos control (mediana 30,4 vs 27,3 kg/m², $p = 0,02$). La prevalencia de PC en todo el territorio (75% vs 44%, $p = 0,004$), en CC (22% vs 3%, $p = 0,017$), y en CI (47% vs 16%, $p = 0,004$) fue superior en DMDEBUT comparado con sujetos control. El número total de placas ($p = 0,005$) y de territorios con PC ($p = 0,019$) también era superior en DM debut. El valor medio de GIMC en CC (0,807 vs 0,748, $p = 0,1$), bulbo (1,115 vs 0,987, $p = 0,017$) y CI (0,879 vs 0,770, $p = 0,170$) era superior en DMDEBUT. La edad ($p = 0,037$), el grupo (DMDEBUT vs control, $p = 0,006$) y el tabaquismo activo ($p = 0,025$) se asociaron con la presencia de placa carotídea.

Conclusión: Existe una alta prevalencia de aterosclerosis preclínica (placa carotídea) en personas con DMDEBUT. Esta aterosclerosis incipiente ya presente en el diagnóstico, pero posiblemente reversible, podría en parte explicar porqué sólo la intervención precoz, multifactorial y con objetivos estrictos de control puede revertir o retrasar la progresión de la enfermedad cardiovascular.

ID 1055

PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA ATENDIDOS EN MEDICINA DE FAMILIA: COMORBILIDAD Y CONSUMO DE RECURSOS SANITARIOS

Luis Miguel García Olmos¹, Montserrat Carmona Rodríguez², Ángel Alberquilla Menéndez-Asenjo³, Pilar García-Sagredo⁴, Fernando López Rodríguez⁴, Ángel Otero Puime⁵

¹Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria Sureste. ²Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. ³Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria Centro. ⁴Instituto de Salud Carlos III. ⁵Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.

Objetivo: Describir la utilización de recursos de AP por pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y explorar la variabilidad de gestión de estos pacientes por parte de los médicos de familia.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal. Pacientes, considerando como patología índice IC, atendidos durante un año por 129 médicos de familia con registros clínicos contrastados. Fuentes de datos: historia clínica informatizada; registro de facturación farmacéutica. Los pacientes se agruparon en Grupos Clínicos Ajustados (ACGs) para el ajuste por "case-mix". Se cuantifica el número de visitas médicas (VM) y gasto farmacéutico (GF) por paciente/año. Se calculan Índices de Complejidad (ICom: peso medio del cupo respecto promedio del estándar), y de Eficiencia (IE: consumo observado vs esperado tras ajuste indirecto) para cada médico. Estadísticos de variabilidad: razones de variación depurada al 5% (RV₅₋₉₅) e intercuartílica (RV₂₅₋₇₅)

Resultados: Consumo medio observado VM, 14,9 paciente/año (total pacientes 7,50). Por facultativo entre 4,6 y 26,2. El GF medio 1.182,7 € (total pacientes 276,3 €) variando entre 584,5 € y 2.838,7 € por médico. El peso medio de estos pacientes resultó de 4,24 lo que supone un ICom de 2,67 (sobre 1,59 observado estándar) oscilando para los distintos cupos entre 1,3 y 3,4. Tras ajustar los IE por casuística los estadísticos de variabilidad continuaron reflejando importantes diferencias. RV₅₋₉₅ 3,1 para VM y 3,7 en GF. RV₂₅₋₇₅ 1,4 y 1,6 respectivamente.

Conclusión: Los pacientes con IC presentan una alta complejidad y determinan un consumo de recursos elevado. Se observa una importante variabilidad entre profesionales en la gestión de estos pacientes que no se explica por el grado de complejidad.

ID 1061

DISCAPACIDAD AUTOPERCIBIDA EN ENFERMOS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN SEGUIMIENTO POR ATENCIÓN PRIMARIA

Montserrat Carmona Rodríguez¹, Luis Miguel García Olmos², Ángel Alberquilla Menéndez-Asenjo³, Pilar García-Sagredo⁴, Fernando López Rodríguez⁴, M^a José de Tena-Dávila Ruiz⁴

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

²Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Sureste.

³Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria Centro.

⁴Instituto de Salud Carlos III.

Objetivo: Conocer la discapacidad asociada a las personas diagnosticadas de insuficiencia cardíaca (IC) en seguimiento en las consultas de Atención Primaria (AP).

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal. Población diana: Pacientes atendidos por médicos de familia durante un año con diagnóstico de IC. Se extrajo una muestra aleatoria de 100 pacientes entre los 1.375 casos que presentaban IC (nivel de confianza 95%; precisión 4%). La discapacidad y el funcionamiento han sido evaluadas mediante el cuestionario WHODAS-II en su versión española. Proporciona información sobre seis dominios: comprensión y comunicación, capacidad para moverse en el entorno, cuidado personal, relación con otras personas, actividades de la vida diaria y participación en sociedad; además de una puntuación global de discapacidad. El cuestionario se cumplimentó en domicilio del paciente por personal adiestrado al efecto

Resultados: Las dimensiones más afectadas fueron capacidad para moverse ($52,27 \pm 32,51$), las actividades de la vida diaria ($49,75 \pm 36,67$) y la participación en sociedad ($41,48 \pm 21,64$). En cambio la capacidad para relacionarse con otras personas ($19,43 \pm 24,88$) y la comprensión-comunicación ($27,9 \pm 30,22$), fueron las menos puntuadas. La discapacidad total obtuvo una puntuación media de 38 ± 23 , con un valor mínimo de 1 y un máximo de 95 puntos. Un 93,8% de la muestra estudiada presenta algún grado de discapacidad en los dominios evaluados, de entre ellos, el 35,7% tenía un nivel de discapacidad moderado y el 30,6% un nivel de discapacidad grave. La discapacidad está distribuida a partes iguales entre hombres y mujeres, pero la discapacidad grave o completa está representada en su mayoría por mujeres.

Conclusión: Los enfermos de IC presentan un elevado grado de discapacidad autopercibida, que a su vez parece mayor que los resultados publicados por otros autores para poblaciones con otras patologías, y son las mujeres con IC las más afectadas por la discapacidad.

ID 1319

ÍNDICE TOBILLO BRAZO Y SU CORRELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR. ESTUDIO ARTPER

Yolanda Herreros Herreros¹, Anna M. Bertolín Arnau¹, Marta Sorribes Capdevila¹, Maite Alzamora Sas², Rosa Forés Raurell², José Miguel Baena Díez³

¹EAP Numancia. ²ABS 4 Santa Coloma de Gramanet. ³La Marina.

Objetivo: La arteriopatía periférica (PAD) de las extremidades inferiores es una enfermedad con prevalencia elevada, sobretodo en sus formas asintomáticas. La PAD se asocia a un elevado riesgo cardiovascular tanto en sus formas sintomáticas como asintomáticas. La relación entre calcificación arterial (AC) y riesgo cardiovascular ha sido menos estudiada, aunque parece existir una relación positiva. El objetivo es determinar que características presentan los pacientes con Índice tobillo-brazo (ITB) patológico: PAD < 0,9 y los que presentan calcificación arterial (AC) con ITB > 1,4 y no han presentado ningún evento cardiovascular.

Material y métodos: Estudio descriptivo dentro del estudio prospectivo longitudinal ARTPER iniciado en octubre 2006. Ámbito: multicéntrico (28 centros de salud urbanos y semiurbanos), con 3.786 pacientes de > 49 años seleccionados aleatoriamente. Variables: medición ITB (< 0,9 arteriopatía periférica, > 1,4 calcificación arterial). Factores de riesgo cardiovascular: obesidad, tabaco, hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes. Análisis estadístico: Las variables cualitativas fueron comparadas mediante la prueba de chi cuadrado, y las cuantitativas mediante la t de Student.

Resultados: Participación del 63% (3786 pacientes). Se excluyeron 479 participantes por haber padecido un evento cardiovascular (total: 3.307). 193 (5,8%) tenían PAD y 198 (5%) tenían AC. El 44% eran hombres, con una edad media 64,2 años. Los que presentaban PAD o AC eran mayores (6 y 2 años respectivamente), con mayor proporción de fumadores (PAD: 58%, AC: 49%, $p < 0,001$) hipertensos (PAD: 64,2%, AC: 43,9%, $p < 0,001$) y diabéticos (PAD: 28,5%, AC: 14,6%, $p < 0,001$), que los pacientes con ITB normal (0,9-1,4). Los pacientes con PAD presentaban más hipercolesterolemia (PAD: 55,8%, AC: 48,7%, $p: 0,317$) y los que tenían AC eran más obesos (PAD: 38,9%, AC: 50%, $p < 0,001$) que las personas sanas.

Conclusión: Deberíamos priorizar la realización del Índice tobillo brazo en pacientes con obesidad e hipercolesterolemia a partir de 65 años, para detectar precozmente arteriopatía periférica y calcificación arterial, y así poder intensificar el control de los factores de riesgo cardiovascular.

ID 2064

LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES CRÓNICAS SON MÁS PREVALENTES CUANTO MENOR ES EL NIVEL SOCIOECONÓMICO

Josep M. Elorza Ricart¹, Manuel Medina Peralta², Lluís Sais Sunyé², Ermengol Coma Redón², Eduardo Hermosilla Pérez¹, Leonardo Méndez Boo²

¹IDIAP Jordi Gol. ²Institut Català de La Salut.

Objetivo: Establecer la relación entre la prevalencia de determinadas enfermedades crónicas y el índice de privación MEDEA.

Material y métodos: Estudio ecológico transversal. Unidad de análisis, grupos de secciones censales urbanas (GSC) de una comunidad autónoma. Un municipio (y sus secciones censales (SC)) se conside-

raron urbanos a partir de la población y densidad de población del municipio. El índice de privación MEDEA se calculó para las secciones censales (SC) de estos municipios a partir del censo 2001. Las SC fueron agrupadas en 100 GSC por proximidad de su valor MEDEA, intentado que los grupos tuvieran una población similar de personas asignadas a los centros de salud de la comunidad autónoma a 1/1/2011. El valor MEDEA de cada GSC correspondió a la media de MEDEA de sus SC, ponderada por población. Se calculó en cada GSC las prevalencias estandarizadas por edad y sexo de hipertensión (HTA), insuficiencia cardíaca (IC), diabetes (DM), hipercolesterolemia, EPOC, artrosis, fibromialgia, demencia y osteoporosis. La relación entre valor MEDEA y la prevalencia en los GSC fue estimada mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: Las GSC incluían a 4.261.389 a personas asignadas. Los valores de MEDEA de los GSC iban de -1,53 a 3,94. La prevalencia global de las patologías fue: HTA 16,04%; IC 0,85%, DM 6,00%, hipercolesterolemia 15,11%, EPOC 2,12%, artrosis 6,93%, demencia 0,75%, fibromialgia 0,34% y osteoporosis 3,16%. Se estimaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas ($p < 0,01$) entre prevalencia estandarizada y MEDEA en DM (índice de correlación de 0,977), EPOC (0,963), HTA (0,908), IC (0,900), artrosis (0,854), hipercolesterolemia (0,798) y fibromialgia (0,574), negativa en osteoporosis (-0,721). Sin relación significativa en demencia.

Conclusión: A peor nivel socioeconómico (mayor índice MEDEA), mayor prevalencia de enfermedades crónicas, excepto en osteoporosis y demencias. Quizás se debería tener en cuenta el nivel socioeconómico de una población a la hora de asignarle recursos sanitarios.

ID 2331

DETECCIÓN OPORTUNISTA DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Virginia González Blanco¹, Miquel Àngel Martínez Adell², Luis Àngel Pérula de Torres³, Remedios Martín Álvarez⁴, Enrique Martín Rioboo¹, Emilio García Criado¹

¹CS Fuensanta. ²ABS Argenton. ³Unidad Docente Mfyc.

⁴CAP Vallcarca.

Objetivo: Comprobar el rendimiento de la detección oportunista de fibrilación auricular (FA).

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo. Este estudio constituye el primer análisis de un ensayo clínico controlado para determinar la eficacia de la detección oportunista de FA. Se han incluido 478 pacientes de 11 centros de salud y han participado 29 profesionales médicos/enfermeros. Se ha realizado captación activa en la consulta (80%), urgencias (16%) y visita domiciliaria (4%), recogiendo las variables sexo, sintomatología, pulso arterial, ECG si el pulso era irregular, y comorbilidad asociada. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 64 años de centros de Atención Primaria urbanos y rurales. Criterios de exclusión: diagnóstico de FA previo a la realización del estudio. Análisis estadístico: descriptivo mediante Google Docs y programa EPIDAT 3.1. Aspectos ético-legales: Consentimiento informado y confidencialidad de datos según la LOPD de carácter Personal. El ensayo ha sido aprobado por un Comité de Ética.

Resultados: El 57% de pacientes estudiados fueron mujeres; 61% casados. El 71% no presentaban síntomas relacionados con la FA en el momento del estudio. De los síntomas referidos, el más frecuente resultó ser disnea (15%), seguido del mareo (7%), palpitaciones (4%) y dolor torácico (3%). El pulso resultó ser regular en el 88,7% de los pacientes (IC95%: 85,8-91,6). El 3,34% (IC95%: 1,6-5,1) de los pacientes fue diagnosticado de fibrilación auricular, el 3% (IC95%: 1,5-4,9) de extrasistolia supraventricular o ventricular. Las patologías más prevalentes en los pacientes estudiados fueron hipertensión arterial (68%), dislipemia (43%), diabetes mellitus (28%), obesidad (13%), y cardiopatía isquémica (9%).

Conclusión: En este análisis preliminar observamos que el rendimiento de la búsqueda activa de FA mediante la toma del pulso arterial a pacientes de 64 años o más detectados en atención primaria resulta elevado, ya que 7 de cada 10 son asintomáticos y del 5% de prevalencia esperada hemos detectado más de un 60% de nuevos casos.

ID 1419

ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR: IMPACTO DE LAS CONDICIONES DE APLICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Antonia Ferré González¹, Neus Gil Terrón², Jordi Mestre Ferrer³, Julio César Verastegui Cordova⁴, Luisa Pascual Benito⁵, Betlem Salvador González⁶

¹ABS Vila Vella. ²ABS El Pla. ³CAP La Granja (Molins de Rei).

⁴Hospital de Viladecans. ⁵Gavà-2. ⁶Florida Sud.

Objetivo: Evaluar el impacto de la aplicación de los criterios de exclusión para la estimación del filtrado glomerular (eFG) (índice masa corporal –IMC– < 19 y > 35) en población ≥ 60 años atendida en centros de atención primaria (AP).

Material y métodos: Diseño: estudio transversal. Ámbito: 40 centros de AP del Área Metropolitana de una gran ciudad con un único laboratorio de referencia y población ≥ 60 años de 214.852 habitantes. Criterios de inclusión: ≥ 60 años, con determinación analítica de creatinina durante el año 2010. Variables: edad y sexo, creatinina y eFG según MDRD-4-IDMS, peso (último año en individuos con factores de riesgo o enfermedad cardiovascular, y últimos 4 años en resto) y talla en últimos cinco años, según registro en historia clínica informatizada (eCAP). Análisis estadístico: test chi² para variables cualitativas, test de correlación de Pearson para cuantitativas. Limitaciones: selección de individuos atendidos y con determinación de creatinina.

Resultados: N = 69.429 individuos (71,1% de los incluidos) con registro IMC: IMC < 19 = 171 (0,2%), IMC 19-35 = 61.634 (88,8%), IMC > 35 = 7.624 (11%). Prevalencia global eFG < 60 = 15% (13,5% en IMC < 19, 14,7% en IMC 19-35, 17,5% en IMC > 35; p < 0,05). No se detecta correlación clínicamente significativa entre eFG e IMC a nivel global (coeficiente de correlación = -0,028) ni por categorías IMC (CC < 19 = -0,059, CC 19-35 = -0,032 y CC > 35 = 0,009) (test de correlación de Pearson, gráfico de dispersión).

Conclusión: En nuestra población de individuos ≥ 60 años con determinación de creatinina en atención primaria, un 11,2% incumple los criterios de IMC para la estimación del FG. No se detecta correlación clínicamente significativa entre eFG y IMC globalmente, ni por categorías de IMC. La exclusión de los casos que no cumplen los criterios modificaría poco la prevalencia de enfermedad renal. La mayor prevalencia de eFG < 60 en individuos con IMC > 35 podría deberse a infraestimación del FG; en estos casos la función renal debería evaluarse mediante el aclaramiento de creatinina u otros métodos.

ID 1651

PROYECTO RENAP: EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. PUESTA EN MARCHA DE UN ENSAYO CLÍNICO MULTICÉNTRICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Marta Sánchez-Celaya del Pozo¹, Carmen Solano Villarrubia², José María Lobos Bejarano³, José Antonio Pere Pedrol⁴, Irma Ramos Gutiérrez⁵, Isabel Rodríguez-Minón Otero⁶

¹Hospital Infanta Sofía. ²Dirección Asistencial Sureste.

³CS Jazmín. ⁴CS Ángela Uriarte. ⁵CS Barajas. ⁶CS Fronteras.

Objetivo: Presentar el desarrollo del estudio y características basales de los pacientes incluidos en el proyecto RENAP (FIS 09/90845). **Objetivo:** determinar si una intervención informativa/educativa y

de seguimiento protocolizado realizada en consultas de medicina y enfermería en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) estadio 3, es más efectiva que el seguimiento habitual para disminuir la progresión de enfermedad a los 2 años.

Material y métodos: Ensayo clínico multicéntrico controlado, paralelo con asignación aleatoria por conglomerados de 16 Centros de Salud. Población de estudio: pacientes > 18 años con diagnóstico de ERC estadio 3 con consentimiento informado. N = 540. Variable de respuesta principal: filtrado glomerular medido en ml/min fórmula MDRD. Intervención RENAP vs práctica habitual. Variables demográficas, de morbilidad y pronósticas: clínicas, analíticas, antropométricas, adherencia a tratamiento y consumo de fármacos. Inicio del reclutamiento 1/09/2011. Participan 51 parejas de investigadores (médico/enfermera).

Resultados: Se incluyeron 329 pacientes en 15CS (185 control y 144 intervención), reclutados por 42 parejas (médico/enfermera), porcentaje participación de investigadores 82%. Edad media 74 años (DE 12,18), 59,8% mujeres, 72,4% hipertensos, 31,8% diabetes mellitus. Media MDRD en la inclusión 48,5% (DE 8,3). IMC 28,8 (DE 4,4), 55,8% no fumadores. Cumplimiento terapéutico hipotensor 67,3%. Media TAS: 129,16 (16,6), TAD: 72,9 (9,5). El 97,2% recibían tratamiento al inicio del estudio (46,9% IECAS, 35,4% ARALI, 61% diuréticos y 66,4% AINEs). El 93,3% nunca han recibido educación para la salud en consulta. No se encontraron diferencias significativas entre grupo control e intervención.

Conclusión: El reclutamiento realizado por los profesionales ha sido desigual en ambos grupos y por debajo de lo esperado a pesar de aumentar el tiempo de reclutamiento. Disponer de un CRD electrónico ha sido una herramienta imprescindible para el seguimiento y la monitorización de datos. Los grupos han sido homogéneos al inicio del estudio. La monitorización del estudio es fundamental para garantizar la calidad de los datos.

ID 2333

HIPERTENSIÓN Y LESIÓN NEFROLÓGICA EN PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Paloma Cerezo Sánchez¹, Concepción López Delgado², María Jesús Arenas Puga³, M^a del Carmen García Tirado⁴, Amalia Lara Carvajal¹, Julio Alberto Villacorta Lazo⁵

¹La Chana. ²Consultorio Bellavista (La Zubia). ³Fortuny-Velutti.

⁴Unidad Docente Mfyc. ⁵Mirasierra.

Objetivo: Conocer la evolución de función renal y magnitud de nefropatía en nuestra población de hipertensos durante 2009-2012.

Material y métodos: Diseño: multicéntrico, observacional, retrospectivo, tiempo observación de 4 años (2009-2012). Ámbito: Atención Primaria. 11 centros de salud (100 médicos). Población: 227 hipertensos (confianza: 95%, precisión: 6% y proporción esperada estimaciones 50%) seleccionados de 11 CS mediante muestreo sistemático. Variables: de la historia digital diraya se valoró el perfil del paciente, diagnóstico de diabetes y nefropatía, carga riesgo cardiovascular, nº de mediciones y cifras de creatinina y microalbuminuria. Cálculo de filtrado glomerular (FG) según fórmula MDRD.

Resultados: 227 pacientes, seguidos durante 4 años, 45% de varones, edad media de 70,6 años. El 27% tenían diagnóstico de diabetes y el 5,3% nefropatía. Filtrado glomerular y microalbuminuria no registrados en más del 85% de historias. La medición de creatinina se incrementa desde un 42% en 2009 a 63% en 2012. El filtrado glomerular según MDRD fue inferior a 60 ml/min/1,73 m² en el 24% de los pacientes, sin cambios temporales. 1 de cada 5 pacientes con nefropatía no estaba diagnosticado. Se observa que el 20,2% de los diabéticos tiene FG < 60 ml/min/1,73 m², mientras que en diabéticos es 34,2% (p = 0,089). En modelo multivariante las variables que se asociaron de forma independiente a reducción del FG < 60 ml/min/1,73 m² fue: presencia de enfermedad CV (OR = 7), mayor tiempo de HTA (beta 0,10) y promedio de glicemia basal en 2012 (beta -0,03).

Conclusión: El cribado de lesión nefrológica en pacientes hipertensos requiere una importante mejora ya que la prevalencia de lesión nefrológica oculta supera ostensiblemente a la diagnosticada. Reforzando la necesidad de mejorar la monitorización.

Sesión Oral 5: Neurología. Factores de riesgo cardiovascular

ID 43

FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD POR EVENTO CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN POBLACIÓN GENERAL > 60 AÑOS

Rosana Landín Delgado¹, Roxana Elena Catalán¹,
Edmar Lastra Castillejos¹, Eva Satué Gracia¹,
Ángel Vila Corcoles¹, Olga Ochoa Gondar²

¹ABS Tarragona 2. ²ABS Tarragona 5.

Objetivo: Analizar la relación entre determinados factores clínicos y la toma de medicación con el riesgo de mortalidad a 30 días en pacientes > 60 años que presentaron un evento cerebrovascular (AVC) isquémico.

Material y métodos: Estudio analítico, de base poblacional, que incluyó todos los pacientes > 60 años adscritos a un servicio de atención primaria, diagnosticados de AVC isquémico (confirmado por neuroimagen) entre 12/2008 y 11/2011 (n = 343). Como variable dependiente se consideró la mortalidad a 30 días y como independientes variables sociodemográficas: edad y sexo; clínicas: hipertensión arterial, diabetes mellitus, nefropatía, dislipemia, cardiopatía, demencia, historia de cardiopatía isquémica y de AVC; y la toma previa de fármacos cardiovasculares: diuréticos, beta-bloqueantes, IECA-ARA II, estatinas, calcioantagonistas y antiagregantes. La asociación entre las diferentes covariables y la mortalidad a 30 días, se evaluó mediante regresión logística con cálculo de odds ratio (OR), registrados por edad, sexo, comorbilidad y toma de medicación) con sus correspondientes intervalos de confianza (IC95%).

Resultados: La mortalidad observada fue de 13,1% (45/343). En el análisis bivalente, la mortalidad fue mayor en los subgrupos de pacientes > 80 años (21%); y la toma previa de diuréticos (24,5%); siendo más baja en los subgrupos de edad de 60-79 años (7,1%), dislipemia (10,7%), diabetes mellitus (11,1%), historia de AVC (6,2%), beta-bloqueantes (9,3%), estatinas (9,3%) y calcio antagonistas (10%). El análisis multivariante sólo mostró asociación significativa entre riesgo de mortalidad a 30 días e historia previa de AVC (OR 0,247; IC 0,090-0,673; p 0,006); y toma de diuréticos (OR 3,932; IC 1,871-8,263; p < 0,0001).

Conclusión: En este estudio, los diuréticos se asociaron con un sorprendente incremento del riesgo de mortalidad, que deberá ser prospectivamente investigado. Posiblemente, los pacientes con AVC previo puedan tener un riesgo menor de mortalidad debido a la mayor intensidad de las medidas de prevención secundaria que se les realizan.

ID 567

ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES TRATADOS CON FIBRINOLISIS DESPUÉS DE UN PRIMER EPISODIO DE ICTUS. ESTUDIO EBRICUS

María Rosa Ripollés Vicente¹, José Luis Clua Espuny¹,
Anna Panisello Tafalla², Jorgina Lucas Noll³,
Cristina Calduch Noll⁴, Teresa Forcadell Arenas⁴

¹EAP Tortosa-1-Est. ²ABS Aldea. ³Deltebre. ⁴CAP Temple.

Objetivo: Cuantificar la probabilidad de supervivencia después de un primer episodio de ictus isquémico tratado con fibrinolisis. Identificar diferencias por género y posibles variables pronósticas.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, longitudinal y prospectivo (2006-2012) de una cohorte fija de casos incidentes de un primer episodio de ictus tratados con fibrinolisis. Atención primaria y hospitalaria. Variables sociodemográficas, fecha de ictus, tiempos de activación del código ictus, gravedad clínica por NIHSS, afectación funcional según escala de Barthel, y mortalidad al final estudio. Análisis descriptivo paramétrico y no paramétrico mediante medidas de tendencia central y de dispersión. Incidencia. Curvas de Kaplan-Meier. Regresión de Cox. Valor p significativo ≤ 0,05. Intervalos de confianza (IC) al 95%.

Resultados: Población de referencia N: 130.649. Incidencia ictus 21,1/10⁴ hab./año (IC95% 18,7-23,6). Código Ictus activado en el 54,3% de los episodios (IC95% 49,0-59,3), Intrahospitalariamente en el 73,1%. Tiempos des de inicio de síntomas a llegada hospital 0,71 ± DE 0,68h. Barthel previo 98 ± DE 6,1. NIHSS 11,8 ± DE 6,1 sin diferencias significativas por género. Se realizó fibrinolisis en 78 pacientes (H 50,6%), un 13,9% (IC95% 9,2-19,8) de los episodios. Tiempo medio de seguimiento 2,92 ± DE 2,15 años (0,01-6,81). Mortalidad en mujeres 15,1% y en hombres 39,2% y total 20,5%. Probabilidad de supervivencia en hombres 0,47 ± DE 0,20 y en las mujeres 0,86 ± DE 0,07 con valor p 0,0653. El estado funcional post-ictus es la variable principal asociada al pronóstico de mortalidad (p 0,002).

Conclusión: Tras un primer episodio de ictus isquémico tratado con fibrinolisis, la probabilidad de supervivencia es mayor en las mujeres, siendo el estado funcional la principal variable asociada al pronóstico de mortalidad.

ID 817

MANEJO DE LA MIGRAÑA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M^a Teresa Guerrero Rosell, Margarita Ávila Soriano,
Enric Simó Cruzet, Mercedes Iglesias Rodríguez,
Mónica Faro Colomes, Soraya Mota Ruiz

CAP Terrassa Nord.

Objetivo: Valorar el manejo de la migraña en la Atención Primaria (solicitud de TAC, derivaciones a neurología, tratamiento y número de visitas).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Pacientes mayores de 15 años atendidos en un centro urbano de salud (35.000 habitantes) diagnosticados de migraña desde enero de 2004 hasta diciembre de 2011. Fuente de estudio: revisión de historia clínica informatizada y visitas en el hospital de referencia (urgencias y especializada). Variables: edad, sexo, solicitud de TAC, tratamiento agudo y preventivo, derivaciones a neurología y número de consultas médicas. Limitaciones: Diagnóstico mal codificado.

Resultados: Pacientes incluidos: 529 pacientes. Edad media 40 ± 13 años, 80% mujeres. El TAC se solicitó en 103 pacientes (20%), el 72% (74 casos) desde atención primaria. Los tratamientos más prescritos para las crisis agudas fueron: AINES (73%), triptanes (49%) y paracetamol (28%). Los AINES más utilizados fueron ibuprofeno (45%) y naproxeno (32%). El 87% de los triptanes fueron iniciados en atención primaria. A un 28% (146 pacientes) se les pauteó tratamiento profiláctico; el médico de familia inició el 93% de éstos. El 50% de estos pacientes recibieron más de un tratamiento profiláctico. Los fármacos utilizados fueron: betabloqueantes (44%), calcioantagonistas (37%), antidepresivos (28%) y neuromoduladores (21%). Los tratamientos más prescritos por el médico de familia fueron: propranolol (39%), flunarizina (32%) y amitriptilina (17%). Un 21% de los pacientes fueron derivados a neurología. La media de visitas generadas por paciente en los dos últimos años fue de 2 visitas en atención primaria.

Conclusión: Los triptanes son fármacos de uso frecuente por el médico de familia. Una cuarta parte de los pacientes reciben tratamiento profiláctico, porcentaje similar al descrito en la literatura.

tura, y es mayoritariamente iniciado por el médico de familia. La mayoría de los pacientes con migraña son controlados en atención primaria. En nuestro estudio, los pacientes con migraña son poco frecuentadores.

ID 902

SUPERVIVENCIA Y COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES DESPUÉS DE UN EVENTO DE FIBRILACIÓN AURICULAR

Anna Panisello Tafalla¹, José Luis Clua Espuny²,
Jorgina Lucas Noll³, Carlos López Pablo⁴,
María Rosa Ripollés Vicente², Cristina Calduch Noll⁵

¹ABS Aldea. ²EAP Tortosa 1-Est. ³Deltebre. ⁴Verge de La Cinta.

⁵CAP Temple.

Objetivo: La fibrilación auricular (FA) significa un grave problema de salud pública por la mortalidad y comorbilidad cardiovascular asociada. El objetivo principal es cuantificar la incidencia de nuevas complicaciones cardiovasculares (CV) y la supervivencia desde el diagnóstico de la FA.

Material y métodos: Estudio observacional transversal y retrospectivo, de base poblacional multicéntrico de una muestra aleatoria representativa de la población mayor de 60 años residente en una comarca con FA diagnosticada y registrada en historias clínicas. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y el valor escala CHA2DS2VASc. Análisis descriptivo. Curvas Kaplan-Meier y análisis de regresión Cox para analizar posibles factores pronósticos.

Resultados: N = 271, hombres (50,2%), y 3/4 de la población era ≥ 75 años. La proporción de hipertensos y diabéticos en la población de estudio fue del 70,8% y del 26,6% respectivamente. El 30,2% tenían ≥ 3 factores de riesgo cardiovascular. La edad media en el momento del diagnóstico de FA fue de 73,65 (DE: 8,0). En el 94,1% el valor CHA2DS2VASc ≥ 2 . El tiempo medio de seguimiento fue $6,6 \pm 3,5$ años (1,5-20). En el 41,8% se diagnosticó al menos una de las siguientes CV: ictus (15,1%), cardiopatía isquémica (13,9%), enfermedad arterial periférica (8,1%) e insuficiencia cardíaca (23,2%). En un 25,5% no constaban nuevas CV. A lo largo del periodo de seguimiento murieron un 6,7% con una edad media $83,1 \pm DE 4,8$ años. La probabilidad de supervivencia fue de $0,89 \pm DE 0,04$ sin diferencia por género. El valor CHA2DS2VASc fue la única variable con valor pronóstico ($p 0,057$) para la mortalidad.

Conclusión: Después del diagnóstico de una FA, la probabilidad de supervivencia no presenta diferencias por género; en el 41,8% de los pacientes se producen nuevas complicaciones cardiovasculares, especialmente insuficiencia cardíaca, ictus y cardiopatía isquémica.

ID 1397

PREVALENCIA DE ICTUS ISQUÉMICOS EN LA POBLACIÓN DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

Ana María Sánchez García, María Dolores Benítez Rodríguez,
Lorena Prieto Gallego, Elena Romero Muñoz,
Rosalía Cortes Espejo, Fernando Rubén González Alvarado

Albayzin.

Objetivo: Conocer la prevalencia de ictus isquémicos en una ZBS, factores de riesgo (FR) y *tratamiento farmacológico* usado en prevención secundaria.

Material y métodos: Diseño: estudio descriptivo trasversal. Emplazamiento: Zona Básica de Salud mixta, 12.000 pacientes. De 68 pacientes con diagnóstico de ictus isquémico (CIE-9) en los últimos 7 años, se recoge edad evento, sexo, AIT previo, HTA, DM, cardiopatía, tabaquismo, dislipemia, estenosis carotídea y trata-

miento preventivo. Análisis de datos mediante SPSS®. Limitaciones: dificultad en la búsqueda por código CIE-9.

Resultados: La prevalencia de ictus isquémicos en nuestra población es de 0,56%, correspondiendo el 45,6% a varones y el 54,4% a mujeres, la edad evento es de $74,08 \pm 10,230$. Los cuadros isquémicos presentados han sido: isquemia cerebral transitoria 41,2%, enfermedad cerebrovascular aguda mal definida 38,2%, estenosis arteria cerebro con infarto 11,8% y trombosis cerebro con infarto 1,5%. Un 14,7% de pacientes no presentaban FR, el resto presentaban: AIT previos 10,3%, HTA 61,8%, DM 47,1%, Cardiopatía 26,5%, Tabaquismo 8,8%, Dislipemia 35,3%, Estenosis carotídea 10,3%. En los pacientes con FR el 45,3% tenía 1-2 FR, y el 32% 3 o más FR. Un 13,24% no tiene tratamiento preventivo. La prevención secundaria se realiza con AAS 45,6%, acenocumarol 11,8%, clopidogrel 7,4% y triflusal 4,4%, cilostazol 1,5%, warfarina 1,5%, asociación de AAS y acenocumarol 2,9% y AAS y clopidogrel 4,4%.

Conclusión: Alta prevalencia de eventos isquémicos en edades de 64 a 84 años, mayoría mujeres, código más utilizado AIT y enfermedad cerebrovascular aguda mal definida, este último, recoge el mayor porcentaje de los cuadros, por lo que no pueden identificarse en todos, el tipo de ictus. El porcentaje de pacientes con varios factores de riesgo es elevado. El tratamiento preventivo más usado ha sido AAS.

ID 1463

INTERVENCIÓN GRUPAL EN PACIENTES CON MIGRAÑA

Inaki Aguirrezábal Bazterrica¹,
María Soledad Pérez de San Román Ruiz de Munain²,
Arturo Goicoechea Uriarte¹, Rafael Martínez de la Eranueva³,
Mercedes Arroniz Perosanz¹, Manuela Rodríguez Jiménez¹

¹CS San Martín. ²Sansomendi. ³Unidad Docente.

Objetivo: Migraña: trastorno neurológico del cerebro, incapacitante, con 12% prevalencia, costes importantes y gran impacto en la calidad de vida de los pacientes y las consultas de AP. El 90% de las personas con migraña están descontentas con su tratamiento actual. **Objetivo:** conocer la efectividad de una intervención grupal estructurada basada en la pedagogía del dolor y realizada por médicos de familia en pacientes con migraña que no mejoran con tratamientos habituales.

Material y métodos: Tipo de estudio: ensayo no controlado (estudio piloto previo a un ensayo clínico aleatorizado). Ámbito del estudio: Atención Primaria. Criterios de inclusión: diagnóstico de migraña (CIE 346); entre 20 y 65 años; una crisis migrañosa mensual mínimo. Criterios de exclusión: enfermedad mental o déficit intelectual; no poder acudir, inicialmente, a todas las sesiones. Intervención: cuatro sesiones de periodicidad semanal, con apoyo audiovisual y 1 hora 45 minutos de duración, que aportan información sobre neurofisiología del dolor y migraña basada en las neurociencias. Una quinta sesión de refuerzo dos meses tras la inicial. Contamos con la presencia de ex-paciente que comunica su experiencia y ayuda a interiorizar los conceptos explicados. Mediciones: escala MIDAS (días discapacidad), EVA dolor, ingesta de pastillas y grado de condicionamiento de la vida por migraña (antes de la intervención, a los tres y 6 meses).

Resultados: MIDAS: inicial, $19,96 \pm 30,96$; tres meses, $6,20 \pm 12,80$ (reducción 68,94%); seis meses, $2,84 \pm 4,43$ (reducción 85,77%). EVA: inicial, $6,93 \pm 1,52$; tres meses, $5,45 \pm 1,92$ (reducción 68,94%); seis meses, $5,16 \pm 2,18$ (reducción 85,77%). Ingesta pastillas: inicial, $48,13 \pm 58,07$; tres meses: $11,21 \pm 23,09$ (reducción 76,71%); seis meses, $9,27 \pm 22,87$ (reducción 80,74%). Grado de condicionamiento (poco-muy poco-nada): inicial, 19,6%; tres meses, 80,4%; seis meses 87,5%.

Conclusión: Los espectaculares resultados del pilotaje de la técnica invitan a diseñar un ECA que posibilite su implantación habitual en AP.

ID 1415

¿SE MODIFICA EL CRITERIO DE CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN EL NÚMERO DE TOMAS EN CONSULTA?

Jorge Martínez de la Iglesia, Juana Redondo Sánchez, José Antonio Prados Castillejo, María Salud Cano García, M^a Ángeles Agudo de la Paz, Miguel Vida Pérez

CS Lucano.

Objetivo: Valorar cómo se modifica el control arterial en hipertensos cuando se considera la 1^a, 2^a o 3^a toma de tensión arterial (TA) en mediciones consecutivas en consulta.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo. Mediante muestreo oportunista se seleccionaron 188 hipertensos. Se les realizó tres tomas consecutivas de TA y frecuencia cardiaca (FC), con un aparato semiautomático. Se clasificaron los pacientes en los grados de hipertensión arterial (HTA) de la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH). En 69 pacientes se compararon los datos con los de automedida de tensión (AMPA). Se analiza distribución de frecuencias para variables cualitativas y medias con desviación típica (DT) y rango (R) para las cuantitativas. Se realizó un análisis de varianza para la comparación de variables cuantitativas y de chi cuadrado para las cualitativas considerando significación para $p < 0,05$.

Resultados: El 53,2% fueron mujeres, y la media de edad 68,7 años. Las tensiones medias obtenidas en la 1^a, 2^a y 3^a toma fueron: TA sistólicas 161,9, 157,9, 152,9 ($p < 0,0001$); TA diastólicas: 84, 81,5, 80,1 ($p < 0,0001$). Las cifras de TA sistólica de la primera toma fueron normales en un 9%, en la 2^a 13,8% y en la 3^a 20,2%. La TA diastólica en 1^a toma fueron normales en el 68,6%, en la 2^a 77,7% y en la 3^a 80,9%. Las cifras de AMPA de TA sistólica fueron normales el 46,4%, grado 1 44,9% y grado 2 8,7% y las diastólicas: normales el 88,4%, grado 1 10,1% y grado 3 1,4%.

Conclusión: Varias tomas de TA en consulta proporciona cifras gradualmente descendentes de forma significativa, de tal forma que la 3^a toma muestra un nivel de control normal dos veces superior a la 1^a en la TA sistólica. Las cifras de la 3^a toma son las que menos difieren de las obtenidas mediante AMPA.

ID 1882

HIPERTENSIÓN ARTERIAL MAL CONTROLADA: EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EDUCORE A LOS 6 MESES

Esperanza Escortell Mayor¹, M^a Isabel del Cura González¹, Teresa Sanz Cuesta², Isidro Rodríguez Salceda³, Pedro Herrera Municio⁴, Grupo EDUCORE

¹Unidad de Apoyo a la Investigación. ²Dirección Técnica de Docencia e Investigación. ³CS La Veredilla.

⁴Santa Isabel.

Objetivo: Evaluar la efectividad de la intervención EDUCORE en pacientes con HTA mal controlada frente a práctica clínica habitual para mejorar el control de la tensión arterial (TA) a los 3 y 6 meses de seguimiento.

Material y métodos: Ensayo clínico aleatorio por conglomerados, 22 centros de salud. Pacientes hipertensos, > 1 año de evolución con mal control (TAS $\geq$ 140 mmHg y/o TAD $\geq$ 90 mmHg), 40-65 años, con consentimiento informado. Intervención EDUCORE (aprendizaje visual basado en el riesgo SCORE) vs práctica habitual. Variables: edad, sexo, TAS, TAD, SCORE, analítica, IMC, tratamiento farmacológico antihipertensivo (TFA), cambio/motivo. Visitas: basal, 3 y 6 meses. Análisis estadístico: descriptivo, bivalente y regresión logística.

Resultados: 452 pacientes, 306 con seguimiento a 6 meses. La edad media (DE) 55,5 años (6,5), 153 mujeres (50%). El SCORE basal

medio fue de 2,9 (4,4). TAS/TAD basal 148/90 (11/8). El 86% recibía TFA al inicio del estudio (fármacos más prescritos (visita basal): 43% IECA, 21% ARA II, 36% diuréticos). Los grupos eran homogéneos al inicio del estudio. La disminución media a los 6 meses fue de 15/14 mmHg en la TAS y de 9/8 mmHg en la TAD (EDUCORE vs Control). El grado de control a los 3 meses de seguimiento fue mejor en el grupo de intervención (61% vs 49%); sin diferencias a los 6 meses (58% vs 55%). El buen control a los 6 meses se asoció al tratamiento con diuréticos (OR: 1,94; $p = 0,017$) y a buen control a los 3 meses (OR: 2,49; $p = 0,001$); se asocian al mal control, el tratamiento con alfa-bloqueantes (OR: 0,08; $p = 0,029$) y un SCORE mayor (OR: 0,78; $p < 0,0001$).

Conclusión: El grado de control de la TA mejora en ambos grupos a 3 y 6 meses, mayor en el grupo EDUCORE a los 3 meses y igualándose a los 6 (posible efecto Hawthorne). El tratamiento con diuréticos y tener buen control previo se asocian a un buen control de la TA a los 6 meses.

ID 1891

VALIDEZ DEL AMPA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Isabel Hidalgo García, Carmen López Alegría, Heidy Merari Campusano Castellanos, Yoalys D. Pérez Cabrera, María Concepción Escribano Sabater, Arleen de León Robert

Vistalegre-La Flota.

Objetivo: Estudiar la validez de la automedida domiciliar de la presión arterial (AMPA) como método de seguimiento de cifras de presión arterial (PA) en pacientes hipertensos frente a medida en consulta (PAC) y MAPA.

Material y métodos: Estudio transversal observacional. EAP urbano de 29.325; de 2.745 pacientes con hipertensión arterial de 14 a $\leq$ 80 años. Muestra: precisión 5%, nivel de confianza 95% ($n = 150$). Muestreo sistemático. Tasa de respuesta: 59,6%. Método (consentimiento informado) para 2 tomas de PAC, AMPA (7 días, 4 tomas día) y MAPA 24 horas (utilizamos PA en actividad). Instrumentos: MAPA (Microlife Watch BP 03) y tensiómetros automáticos de brazo para AMPA y PAC (Microlife Watch BP HOME) validados según normas SEH. PA objetivo para PAC: < 140 y/o 90 mmHg, AMPA y MAPA diurna: ≤ 135 y/o 85 mmHg. Variables: edad, sexo, cifras medias de PA sistólica, diastólica PAC, AMPA y MAPA. Control de PA para método. Medias con IC de 95%, proporciones, comparación de medias relacionadas (t de Student), comparación de proporciones (χ^2). Cálculo de valores de validez y fiabilidad de pruebas diagnósticas.

Resultados: Estudio completo a 153 pacientes. Edad media 62,2 años (IC95%: 60,5-63,9), varones 49,7%, mujeres 50,3%. AMPA frente a PAC (patrón oro): Sensibilidad: 0,81, Especificidad: 0,73, VPP: 0,72, VPN: 0,81; Kappa: 0,53. AMPA frente a MAPA (patrón oro): Sensibilidad: 0,69, Especificidad: 0,87, VPP: 0,92, VPN: 0,55; Kappa: 0,48. Media de PA Sistólica mmHg: PAC 139,9 (IC95%: 136,9-142,8), AMPA 133,5 (IC95%: 131,5-135,8), MAPA 128,9 (IC95%: 127,2-130,8) diferencias significativas 3 métodos ($p < 0,001$); Cifras medias de PA Diastólica mmHg: PAC 81,1 (IC95%: 79,3-82,9), AMPA 77,6 (IC95%: 76,3-78,9), MAPA 76,6 (IC95%: 75,2-77,9) diferencias significativas entre los MAPA y AMPA con PAC ($p < 0,001$) y no significativa entre AMPA y MAPA. Control PA en consulta 47,1%, AMPA 52,3% y MAPA 69,9%. 60% acuerdos 3 métodos.

Conclusión: El AMPA puede ser un método adecuado para el seguimiento de PA en pacientes diagnosticados de hipertensión.

ID 1852

ASOCIACIÓN ENTRE EL GASTO Y CONSUMO DE ANTIHIPERTENSIVOS Y EL BUEN CONTROL DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Amanda López Picado¹, Amaia Latorre Ramos¹, Ricardo Samper Ochato², Antxon Apinaz Fernández de Larrinoa³, Felipe Aizpuru Barandiaran⁴, Javier Martínez Gorostiaga⁵

¹Hospital Universitario Araba. ²Organización Central de Osakidetza. ³Lakubizkarra. ⁴Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu). ⁵Gerencia Comarca Araba.

Objetivo: Describir las tasas de consumo y el gasto farmacéutico por cupo de los medicamentos empleados en el tratamiento sistémico de las hipertensión arterial (HTA). Analizar la asociación entre el consumo y el gasto de estos medicamentos y el buen control de los pacientes.

Material y métodos: Estudio ecológico, transversal y descriptivo en 1395 cupos médicos en el País Vasco en 2011. La prescripción se calculó como dosis diaria definida (DDD) por cada 1.000 habitantes y día. Para determinar el buen control se utilizaron los Criterios de Buena Atención (CBA) establecidos en la oferta preferente para atención primaria (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2009). Se consideró buen control de la tensión arterial $\leq 140/90$ (CBA6).

Resultados: El consumo medio de fármacos para el tratamiento de la HTA fue de $272,9 \pm 90,3$ DDD/1000hab/día, $53,2 \pm 18,8$ para los activos y $219,7 \pm 79,2$ para los pensionistas. El gasto medio por cupo y paciente activo fue de $8,1 \pm 3,8$ € y para pensionistas $113,2 \pm 33,8$. El porcentaje de pacientes con la TA bien controlada fue del $36,1 \pm 12,6\%$. No se detectó asociación estadísticamente significativa entre gasto y buen control de las cifras de TA ($r = -0,023$; $p = 0,399$).

Conclusión: El tratamiento de la hipertensión supone un importante gasto y consumo de medicamentos principalmente por parte de los pensionistas. Los cupos que más ARAII prescriben frente a todos los antihipertensivos son aquellos que mayor gasto tienen. Un tercio de los hipertensos está correctamente controlado. No se observa asociación entre el gasto y el buen control TA, lo que sugiere una sobre prescripción no justificada de los medicamentos más caros.

ID 1547

VARIABILIDAD EN LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO DE DOBLE ANTIAGREGACIÓN CON ÁCIDO ACETILSALICÍLICO MÁS CLOPIDOGREL

Miguel Ángel Gistau Navarro¹, Sonia Bonet Calafell¹, Pamela Grant Erbes², Noelia Edo Fernández¹, Enrique Concha Mayayo²

¹Arrabal. ²Actur Sur.

Objetivo: Principal: conocer la variabilidad en la duración del tratamiento con doble antiagregación (DAA) con ácido acetil salicílico (AAS) y clopidogrel. Secundarios: conocer la adecuación de la duración del tratamiento. Analizar posibles complicaciones hemorrágicas mayores y menores en los pacientes con DAA y estudiar variables relacionadas.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo (11 años) en Aragón, en Atención Primaria, incluyendo pacientes en tratamiento con AAS y clopidogrel. Se excluyeron pacientes que asociaban otros antiagregantes o anticoagulantes orales. Tamaño muestral: 303 pacientes. Solicitud de permiso pertinente a la Gerencia del sector I y II de Zaragoza del Servicio Aragonés de Salud. Variables: edad, sexo, fumador, consumo alcohol, DAA según patologías, duración del tratamiento de DAA, eventos hemorragia gastrointestinal, eventos isquémicos cardiovasculares, prescripción de AINEs y/o corticoides de manera crónica, antecedentes de úlcera. Análisis estadístico: Se realiza, mediante programa SPSS, análisis descripti-

vo de variables y comparación mediante Anova y regresión logística. Limitaciones: déficit de registro de datos en programa OMI-AP. Se garantiza la confidencialidad de los datos al trabajar con N° de historia clínica.

Resultados: 78,9% (239/303) hombres, mediana edad 69 años (IQR 19), ámbito urbano 85,1% (258/303). Patología de prescripción: IAM 40,6% (123/303), stent 23,4% (71/303), angina inestable 15,5% (46/303). Medicación asociada: AINES 1% (3/303), corticoides 0,7% (1/303). Hemorragia menor 3,3% (10/303), hemorragia mayor 1,7% (5/303). Mediana duración de tratamiento con DAA de 38 meses (IQR 41). El 98,2% de hemorragia gastrointestinal puede ser explicado por la patología de prescripción, el consumo de tabaco o alcohol y en menor medida con la duración de tratamiento ($p > 0,05$). El 96,4% de hemorragias menores puede ser explicado por la duración del tratamiento ($p 0,021$).

Conclusión: La mediana de tratamiento fue de 38 meses. No se encontró asociación significativa entre hemorragias mayores y duración de tratamiento. Los eventos hemorrágicos menores estaban relacionados significativamente con la duración del tratamiento.

Sesión Oral 6: EPOC y Enfermedades respiratorias. Enfermedades infecciosas. Digestivo

ID 102

USO EXCESIVO DE CORTICOIDES INHALADOS EN PACIENTES CON EPOC

Cinta Elvira Estrada Alifonso¹, Salud Santos Pérez², Jordi Vilaseca Canals¹, Marta López Sánchez², Vanesa Abad Berlanga¹, Alejandro Trepas González¹

¹ABS Sant Josep. ²Bellvitge.

Objetivo: Analizar el uso de corticoides inhalados (CI) en pacientes con diagnóstico de EPOC según las recomendaciones de las guías clínicas (GOLD 2011, GESEPOC).

Material y métodos: Se utilizó una base de datos informatizada donde consta el registro clínico y de tratamiento. Se analizaron aquellos pacientes en los que constan los códigos diagnósticos (J44, J44.9, J44.1, J44.8 según CIE-10) ($n = 407$). Se recogieron datos demográficos, consumo de tabaco, realización de espirometría y valores obtenidos, uso de fármacos broncodilatadores (BD) y CIs. Se calculó el número de exacerbaciones/año que presentaban los pacientes según número de ingresos hospitalarios, consultas a urgencias o uso de antibiótico desde enero-2010 a noviembre-2012.

Resultados: La cohorte incluyó 407 pacientes con edad media 70 ± 12 años, 82% varones. El 77% de los pacientes ($n = 311$) tenía antecedentes de tabaquismo. En 67 casos (16%) no existía registro espirométrico y 72 (18%) no cumplían criterios espirométricos, por lo que se excluyeron. De 268 pacientes, los valores espirométricos medios fueron: FVC $73 \pm 18\%$, FEV₁ $60 \pm 19\%$, FEV₁/FVC $60 \pm 11\%$. De ellos, 16% ($n = 40$) eran GOLD I, 56% ($n = 150$) GOLD II, 25% ($n = 66$) GOLD III y 4% ($n = 12$) GOLD IV. El 39% ($n = 75$) de los pacientes en estadios GOLD I-II y el 60% ($n = 47$) en estadios GOLD III-IV recibían tratamiento con algún CI, en ningún caso como tratamiento único. Los CIs se prescribieron habitualmente en combinación fija con BD ($n = 109$, 89%). El 47% de los pacientes ($n = 57$) recibían fluticasona a dosis altas (≥ 500 µg/12h). De los 75 pacientes tratados con CIs en estadios GOLD I y II, 28 (37%) habían presentado 2 o más exacerbaciones/año en alguno de los últimos 3 años. Del total de pacientes GOLD I-II, un 25% ($n = 47$) recibían tratamiento CIs, sin haber presentado exacerbaciones.

Conclusión: Una cuarta parte de pacientes con criterios clínicos y espirométricos de EPOC en estadios GOLD I y II y sin exacerbacio-

nes, reciben tratamiento CIs, en muchos casos a dosis elevadas, en contra de las recomendaciones actuales.

ID 122

¿CUÁNDO NO ES NECESARIO TRATAR CON ANTIBIÓTICOS LAS EXACERBACIONES DE LA EPOC?

Ana Moragas Moreno¹, Carles Llor¹, Silvia Hernández Anadón¹, Carolina Bayona Faro², Yvonne Fernández Pages¹, Aitor Alfaro Ormaola¹

¹EAP Jaume I. ²Valls Urbà.

Objetivo: Se utilizan los criterios de Anthonisen para indicar antibióticos en las exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EA-EPOC). En un estudio aleatorio, doble ciego, controlado con placebo, con amoxicilina/clavulánico 500/125 mg/8 horas/8 días en pacientes con EA-EPOC leve-moderada (Estudio TRANCE) los resultados indicaron que el tratamiento antibiótico se asociaba a mayor éxito clínico y un período más largo hasta la siguiente exacerbación, sin embargo, hasta el 80% de los pacientes tratados con placebo se curaron. Nuestro objetivo fue evaluar los predictores de curación entre los pacientes con EA-EPOC leve-moderada no tratados con antibióticos.

Material y métodos: Se utilizaron los datos de 152 pacientes del brazo placebo del TRANCE. Se evaluó la respuesta clínica en relación con los criterios de Anthonisen y proteína C-reactiva (PCR) considerando punto de corte 40 mg/l. Se realizó análisis multivariante de regresión logística para analizar los criterios que mejor predicen el fracaso clínico sin antibióticos.

Resultados: El fracaso clínico sin antibióticos fue del 19,9%, frente al 9,5% con antibiótico ($p = 0,022$). Los factores que se asociaron con mayor riesgo de fracaso entre los tratados con placebo fueron aumento de purulencia del esputo ($OR = 6,1$, IC95%: 1,5-25,0, $p = 0,005$) y $PCR > 40$ mg/l ($OR = 13,4$, IC95%: 4,6-38,8; $p < 0,001$). Cuando ambos factores estaban presentes, la probabilidad de fracaso fue de 63,7%. Los criterios de Anthonisen mostraron un área bajo la curva (AUC) de 0,708 (IC95%: 0,616-0,801) para predecir el resultado clínico. Al añadir PCR, el AUC aumentó a 0,842 (IC95%: 0,76-0,924; $p < 0,001$).

Conclusión: Entre los criterios de Anthonisen sólo el aumento de la purulencia del esputo es un predictor de fracaso sin antibióticos. El uso de $PCR > 40$ incrementa significativamente la precisión de predicción de fracaso. Estos factores pueden ayudar a los médicos a identificar en las EA-EPOC leve-moderada las que pueden ser tratadas de manera segura sin necesidad de antibióticos.

ID 149

CÓMO VIVIR CON EPOC: UNA ENFERMEDAD CONFUSA

Nieves Acero Guasch¹, Francisca Muñoz Cobos², Pilar Barnestein Fonseca³, Francisca Leiva Fernández⁴, Rebeca Cuenca del Moral⁵, Antonio García Ruiz⁶

¹Área de Salud de Ibiza y Formentera. ²CS El Palo. ³Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria DSM. ⁴UDMAFYC Distrito Málaga. ⁵Rebeca Cuenca del Moral.

⁶Departamento de Farmacología y Terapéutica. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga.

Objetivo: Conocer las creencias sobre la enfermedad de los pacientes con EPOC y sus vivencias sobre la afectación que produce en su vida.

Material y métodos: Estudio exploratorio descriptivo. Metodología cualitativa. Perspectiva fenomenológica. Participantes: pacientes diagnosticados de EPOC atendidos en 3 centros de salud urbanos y 1 rural. Muestreo intencional: pacientes incluidos en grupo de estudio del ensayo clínico ICEPOC. Entrevista Grupal video-grabada y

transcrita. Codificación mediante programa Atlas.Ti. Validación del informe inicial por los participantes

Resultados: 58 pacientes, 22 entrevistas grupales (2009-2011). 3 sesiones de validación. La enfermedad tiene poco reconocimiento como tal y se atribuye no sólo al tabaco sino a “algo más”: exposición a humos, resfriados y realizar trabajos duros. Existe confusión respecto al diagnóstico y a diferenciación de los síntomas propios del EPOC o de otras enfermedades. Tienden a minimizar los síntomas, incluyéndose también no respiratorios como el dolor y el cansancio. Afectan a la calidad de vida la limitación de la movilidad y la asfixia. Son relevantes creencias erróneas como el papel central de los “resfriados”, no efecto del “fumar poco” y posible “acostumbramiento” a inhaladores. Se conoce la técnica de uso correcto de éstos, pero existe confusión sobre su efecto y pautas. Entre presentes la desesperanza y la resignación así como el miedo a los resfriados, a la oxigenoterapia y a la progresión de la enfermedad.

Conclusión: Los pacientes con EPOC manifiestan confusión en muchos aspectos de la enfermedad (causas, síntomas, tratamientos). Hay dificultades para identificar un modelo mental de la enfermedad.

ID 1041

ESTUDIO TECEPOC: CÓMO MEJORAR LAS TÉCNICAS DE INHALACIÓN EN PACIENTES CON EPOC. ¿INFLUYEN LAS PREFERENCIAS DEL PACIENTE?

Pilar Barnestein Fonseca¹, Elena María Porcel Martín², Rubén Luciano Vázquez Alarcón³, José Leiva Fernández⁴, Francisco Martos Crespo⁵, Francisca Leiva Fernández⁶

¹Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria DSM. ²Trinidad. ³Vera. ⁴CS Vélez Sur.

⁵Universidad de Málaga. ⁶UDMAFYC Distrito Málaga.

Objetivo: Evaluar la eficacia de dos intervenciones educativas para mejorar técnicas de inhalación en pacientes con EPOC y la influencia de las preferencias del paciente.

Material y métodos: Diseño: ensayo de Preferencias IS-RCTN15106246. Emplazamiento: 9 centros de salud. Sujetos de estudio: 465 pacientes EPOC (diferencia entre grupos 25%, potencia 80%, nivel de confianza 95%, pérdidas 40%), tratamiento inhalado, consentimiento informado. Asignación de los sujetos: Brazo preferencias si la muestran por alguna de las intervenciones. Si no existe preferencia brazo aleatorización, técnica de aleatorización por bloques. Variables: realización técnica de inhalación correcta. Pico de flujo inhalatorio. Edad, sexo, estado funcional (espirometría), tratamiento EPOC, patrón y severidad EPOC. Disnea (IDB). Intervenciones: A: Folleto explicativo. B: Folleto explicativo + entrenamiento con monitor. Seguimiento: 1 y 3 meses tras inclusión. Análisis estadístico: media y desviación típica, frecuencias absolutas y relativas de cada categoría. Intervalos de confianza al 95%. Comparación entre cohortes: chi-cuadrado o ANOVA. Comparación de la eficacia de las intervenciones mediante el test chi-cuadrado, cálculo NNT. Análisis por intención a tratar.

Resultados: 91,4% hombres, media edad 69,8 años (IC95%: 69,00-70,59), FEV1: 55,91% (IC95%: 53,62-58,2), Patrón: mixto 65,9%. Gravedad: 15,7% leve, 44,1% moderado, 40,3% grave. Tratamiento: beta2 88,8%, corticoides-inhalados 76,7%, anticolinérgico 70,7%, xantinas 7,3%, mucolíticos 19,4%, 1,3% corticoides-orales. IDB: grado 2 todas las escalas. Eficacia: Diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,002$) a favor del brazo preferencias, NNT = 7,4 (IC95% 4,52-20). Brazo Aleatorización: no existe diferencia estadísticamente significativa control versus A, si hay diferencia a favor de B ($p < 0,0001$), NNT = 2,44 (IC95% 1,87-3,5); existe diferencia significativa A versus B (a favor de B), NNT = 2,85 (IC95% 2,08-4,56). Brazo Preferencias: existe diferencia estadísticamente significativa A versus B ($p < 0,0001$), NNT = 2,33 (IC95% 1,5-3,2) (a favor de B).

Conclusión: Recibir una explicación por parte de un monitor influye de manera positiva en la realización de una correcta técnica de inhalación. Las preferencias del paciente favorecen la eficacia de las intervenciones para mejorar la técnica inhalatoria.

ID 1325

LA EVALUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DIFERIDA DE ANTIBIÓTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN ENSAYO CLÍNICO MULTICÉNTRICO (ENSAYO-PDA)

María Amparo de la Poza Abad, Gemma Mas Dalmau¹, Mikel Moreno Baquedano², Ana Isabel González González³, Carles Llor⁴, Pablo Alonso Coello⁵

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau-Centro Cochrane Iberoamericano. ²Irurtzun. ³Vicente Muzas. ⁴Jaume I.

⁵IIIB Sant Pau-Centro Cochrane Iberoamericano.

Objetivo: Determinar la efectividad de la PDA comparada con el tratamiento antibiótico y el no tratamiento antibiótico en infecciones respiratorias en atención primaria.

Material y métodos: Ensayo clínico (Fase IV) en adultos, multicéntrico, aleatorizado, paralelo, de cuatro brazos de tratamiento (antibiótico inmediato, no antibiótico, antibiótico diferido con receta en mano o en recepción) para el abordaje de las infecciones respiratorias agudas no complicadas (faringitis aguda, rinosinusitis, bronquitis aguda y exacerbaciones de EPOC leve-moderada). Se evaluaron la duración y gravedad de los síntomas, el consumo de antibióticos, la satisfacción con la estrategia recibida y la creencia en la eficacia de los antibióticos.

Resultados: 341 participantes, 114 hombres (33,4%), edad media: 45 años (DE 17). En cuanto a los síntomas específicos para cada patología se encontraron diferencias significativas entre aquellos que recibieron la estrategia de antibiótico inmediato versus la estrategia de no antibiótico y PDA en mano. La estrategia de antibiótico inmediato reduce en 2,1 días (IC 4,1-0,1) la duración de los síntomas importantes respecto al no antibiótico pero no respecto a las estrategias diferidas. No se encontraron diferencias clínicamente relevantes en la gravedad de los síntomas al final de la evaluación entre ninguna de las estrategias. En cuanto al consumo de antibiótico, las estrategias diferidas, en mano o en recepción disminuyeron el consumo respecto al tratamiento antibiótico (% consumo: 32,3, 21,7 y 95,3 respectivamente). Los pacientes de la estrategia de no antibiótico dejaron de ir a trabajar o hacer sus actividades habituales en mayor número de días que los participantes en las otras estrategias. Los pacientes de las estrategias diferidas y no antibiótico presentaron una menor creencia en la efectividad del tratamiento antibiótico.

Conclusión: La PDA reduce de manera destacada el consumo de antibiótico en las infecciones respiratorias, sin aumentar la duración de los síntomas específicos para cada patología ni la gravedad del proceso final.

ID 1873

PREVALENCIA DE SAHS ENTRE LOS USUARIOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA CON SÍNTOMAS GUÍA DE LA ENFERMEDAD

Amanda López Picado¹, Erika Miranda Serrano², Aitziber Etxagibel Galdos³, Itziar Menéndez Gastán⁴, Alfonso Casi Casanellas⁵, Felipe Aizpuru Barandiaran²

¹Hospital Universitario Araba. ²Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu). ³Centro Salud San Martín. ⁴Llodio. ⁵Lakubizkarra.

Objetivo: Determinar la prevalencia del síndrome de apneas e hipopneas del sueño (SAHS) en pacientes que acuden a consulta de atención primaria por cualquier causa y que presentan alguno de los síntomas guía de la enfermedad: somnolencia diurna, ronquido, pausas respiratorias durante el sueño. Comparar las característi-

cas antropométricas y comorbilidades de los pacientes que presentan SAHS con los que no.

Material y métodos: Estudio prospectivo realizado en los centros de salud de la área de influencia de 3 hospitales (Hospital Universitario de Araba-Sede Txagorritxu, Vitoria-Álava; Hospital Galdacano, Galdacano-Vizcaya; Hospital Marqués de Valdecilla, Santander). Se incluyeron pacientes entre 18 y 70 años que acudían a consulta por cualquier motivo y que cumplían al menos un criterio de inclusión (ronquidos, pausas respiratorias durante el sueño o somnolencia diurna) y que no presentaban tratamiento previo con CPAP o ventilación invasiva. Se recogieron datos antropométricos (peso, talla, IMC y perímetro de cuello), edad, sexo y comorbilidades y test Epworth de somnolencia diurna. Tras ello, eran remitidos a la unidad de sueño para el diagnóstico.

Resultados: De los 319 pacientes estudiados el 44,5% (n = 142) presentan SAHS. Los pacientes con SAHS eran mayormente hombres (82,4% de los SAHS frente 59,3% de los pacientes sanos; p < 0,001), mayores (51,8 ± 10,6 años frente 47,9 ± 11,0; p = 0,001) con mayor IMC (31,2 ± 5,0 frente 28,4 ± 4,6; p < 0,001) y perímetro de cuello (41,8 ± 3,9 frente 38,6 ± 4,0; p < 0,001). El 72,5% (n = 103) de los pacientes con SAHS y el 50,3% (n = 89) de los pacientes sanos presentaban pausas respiratorias (p < 0,001). El 40,8% (n = 58) de los enfermos y el 20,9% de los sanos (n = 37) presentaban hipertensión arterial (HTA) (p < 0,001) y el 11,3% (n = 16) y el 3,4% (n = 6) de los pacientes con SAHS y sanos respectivamente tenían diabetes (p = 0,006). Los pacientes con SAHS presentaban valores superiores de Epworth que los sanos (11,1 ± 5,0 frente 9,1 ± 4,5; p < 0,001).

Conclusión: La prevalencia entre los usuarios de AP con uno de los síntomas guía es muy alta, principalmente entre hombres, mayores de 60 años y con comorbilidad crónica. Se debe estudiar la capacidad predictiva de estos signos y síntomas para facilitar el diagnóstico desde AP.

ID 2028

EL RONQUIDO Y LA APNEA DEL SUEÑO. ¿MANEJADOS ADECUADAMENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Lourdes Quiles Sánchez, David Fernández Garrido, Sara Bernabeu Alacid, Juan Francisco Menárguez Puche, Rogelio Guillamón Candel, Kamran Qadeer

Profesor Jesús Marín. Molina de Segura.

Objetivo: Describir el proceso de estudio inicial a pacientes que consultaron por ronquido a un Equipo de Atención Primaria (EAP). Describir el manejo de pacientes con síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS).

Material y métodos: Diseño: descriptivo, retrospectivo, transversal (serie casos). Ámbito: EAP [26.386 pacientes mayores de 14 años atendidos por 19 médicos familia (MF)]. Criterios de selección: Todos los pacientes que en OMI-AP tenían episodios registrados con códigos R04 (ronquido) y/o R99 (SAHS). Entre 460 pacientes roncadores se confirmó SAHS mediante polisomnografía en 158 (34.34% del total que consultaron). El protocolo de recogida de datos incluyó variables: edad, género, factores de riesgo, comorbilidades, datos clínicos, cuestionario Epworth, orientación diagnóstica y seguimiento por MF. Se crearon dos nuevas variables: anamnesis dirigida (AD-SAHS) y alta probabilidad clínica (APC-SAHS: ronquido + pausas de apnea + somnolencia diurna). Evaluación: realizados estudios descriptivos, t-Student y χ^2 . Limitaciones estudio: sesgo de información.

Resultados: En relación con los pacientes que consultaron por ronquido 71% eran varones, 36,1% hipertensos, 38,3% utilizaban psicofármacos y 35% tenían hábito enólico. Entre los roncadores presentaron apneas un 77% y somnolencia diurna el 67,9%. Aunque únicamente constaba realización del Epworth en el 10%, se realizó interconsulta correctamente dirigida al 68,3%. Del total de roncadores presentaron AD-SAHS el 28,1% y APC-SAHS el 15%. Los pacientes diagnosticados de SAHS fueron 158 (0,59% de la población adscrita al EAP). Los pacientes con SAHS tenían mayor edad

(54,2 ± 14,2, $p < 0,01$) y peso (90,1 ± 18,3, $p < 0,01$) que los roncoadores simples. Entre los pacientes con APC-SAHS se confirmó la enfermedad en el 69,9%. El 69,4% correspondió a SAHS moderados-graves. Se detectó gran variabilidad interprofesional en la prevalencia por cupo (rango entre 2,9% y 0,01%), proceso diagnóstico y seguimiento por MF de pacientes con ronquido y/o SAHS.

Conclusión: Hay un infradiagnóstico de casos de SAHS en nuestro equipo. Necesitamos reducir la variabilidad interprofesional y mejorar la atención para una adecuada orientación de los pacientes que consulten por ronquido.

ID 951

PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿USO O ABUSO?

Miriam Martínez Ramírez¹, Rafaelina Díaz Contreras¹, Marta Ballesteros Merino¹, Marta Martínez Ruiz¹, Jesús López-Torres Hidalgo², Juan M. Tellez Lapeira¹

¹Zona V-B. ²Centro de Salud Universitario Zona IV.

Objetivo: Determinar la frecuencia de prescripción de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en la población adscrita a una zona básica de salud. Evaluar su adecuación y describir factores asociados al uso inapropiado.

Material y métodos: Estudio descriptivo de 373 pacientes seleccionados mediante muestreo sistemático en las 7 consultas de medicina de familia de un centro de salud, población asignada: 11.564 personas (nivel de confianza 95%, precisión ± 5%, prevalencia esperada 35%, previsión de no respuestas 10%). Variables de estudio: frecuencia de prescripción y tipo de IBP, datos sociodemográficos, polimedicación (≥ 5 fármacos), duración y origen de la prescripción y adecuación según indicaciones autorizadas. Análisis estadístico: descripción de variables y análisis comparativo entre sujetos con/sin prescripción de IBP y uso adecuado/inadecuado (chi-cuadrado, nivel de significación 0,05).

Resultados: Predominio de hombres (52%), edad media 48,4 años (DE: 19,5). La frecuencia de prescripción de IBP fue del 24,4% (IC95%: 19,9-28,9). Omeprazol se prescribió al 21,2% de sujetos. En el 74,2% de casos estaba registrado el prescriptor (médico de familia en el 69,7%). Duración de la prescripción: mediana de 11,5 meses (rango intercuartil 38,2). El uso de IBP se relacionó significativamente con tener ≥ 65 años (52% vs 17,0%; $p < 0,001$). La proporción de prescripción inadecuada fue del 67% (IC95%: 58,4-75,6). El uso inapropiado resultó significativo con tener < 65 años (84,1% vs 50%; $p < 0,001$), ausencia de polimedicación (80,0% vs 56,3%; $p < 0,01$) y prescripción de ≤ 1 año (82,2% vs 51,2%; $p = 0,002$).

Conclusión: La prescripción de IBP, especialmente omeprazol, alcanza casi a una cuarta parte de los pacientes en atención primaria, más frecuente en ≥ 65 años, prescritos por el médico de familia y durante tiempo prolongado. En dos tercios de los casos la prescripción de IBP resultó inapropiada y presentó una posible relación con edad, polimedicación y duración de la prescripción.

ID 1464

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON ESTEATOSIS HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA

Antoni Santigosa Ayala¹, Doina Soltoianu², Alexandra Caselles², Jordi Jové Balanyà², Soraia Amorós Rodríguez³

¹Sant Salvador. ²Reus 4. ³Sant Joan Reus.

Objetivo: Describir el espectro clínico del paciente con esteatosis hepática no alcohólica (EHNA) y evaluar el riesgo de fibrosis mediante dos escalas validadas (HAIR y BAAT).

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, analizando pacientes pertenecientes a una área básica urbana. Seleccionamos aquellos diagnosticados de EHNA mediante ecografía que media el

grado de esteatosis. Excluimos los mayores de 80 años, consumo de alcohol > 20 g/d en mujeres o > 40 g/d en hombres y los tratados con insulina. Reclutamos 45 enfermos, y solicitamos un análisis de sangre con los datos necesarios para aplicar las escalas de riesgo de fibrosis. 6 de los pacientes reclutados fueron pérdidas. Los datos se analizaron con SPSS 15.0.

Resultados: Obtenemos un 66,7% de hombres. La media de edad es 60,6 ± 5 años, peso 81,3 ± 11,4 Kg, perímetro de cintura 105,5 ± 9,9 cm y media de IMC 31 ± 4,4. La distribución según el grado de esteatosis es: 30,8% leve, 33,3% moderada y 35,9% grave. Un 53,8% de la muestra presenta hipertensión arterial; diabetes un 30,8% y dislipemia en un 48,7%. Observamos diferencias estadísticamente significativas en perímetro de cintura e IMC entre EHNA leve y grave y también entre moderado y severo ($p < 0,001$). Los niveles de GPT, muestran diferencias significativas entre los grupos moderado y grave ($p < 0,05$). Existe una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en el grupo de EHNA Severa respecto a los otros dos grupos en las puntuaciones de HAIR y BAAT.

Conclusión: Incluso grados leves de esteatosis obtienen altas puntuaciones en BAAT y HAIR, hecho que orienta a pensar que fases iniciales de EHNA ya tienen cierto grado de fibrosis. A medida que empeora el grado de EHNA, aumenta el riesgo de fibrosis con el riesgo que esto conlleva. BAAT es una escala más práctica para la consulta diaria ya que utiliza parámetros clínicos y analíticos básicos. HAIR es igual de útil, pero precisa disponer de la insulinemia para el cálculo de HOMA-IR.

ID 2471

¿SON ADECUADAS LAS COLONOSCOPIAS QUE PEDIMOS?

Francesc Xavier Cantero Gómez¹, M. Mercè Marzo Castillejo², Jesús Almeda Ortega³, Manuel Segarra Valls⁴, Juanjo Mascort Roca⁵

¹Igualada Urbà. ²Mercè Marzo Castillejo. ³USR. Dirección Atención Primaria Costa de Ponent. ICS. Grup Càncer AP. ⁴Justo Oliveras. ⁵EAP Florida Sud.

Objetivo: Describir el grado de adecuación de las peticiones de las colonoscopias solicitadas desde Atención Primaria (AP) y Servicios Hospitalarios especializados, según los criterios de la guía EPAGE-II (Appropriateness of colonoscopy in Europe).

Material y métodos: Diseño: Estudio transversal multicéntrico. Participan 6 hospitales y los centros de AP de sus áreas de referencia. Población: solicitudes de colonoscopias en pacientes mayores de 15 años, entre 1 octubre y 31 diciembre de 2010. Muestra: se requieren 1440 para una adecuación adecuada mínima del 50%, precisión 4%, y nivel de confianza 95%. Variables: Edad, sexo, profesional solicitante, motivo petición, diagnóstico y Grado EPAGE-II: ≤ 3 inadecuada, 4-6 incierta, ≥ 7 adecuada.

Resultados: Se evalúan un total de 1.440 colonoscopias. La edad media de los pacientes es de 58,5 (DE = 14,8) y el 50,4% son mujeres. Profesionales solicitantes: médicos familia (MF) 54,6%, digestólogos 29,5%, internistas 1,9%, cirujanos 10,5% y otros 3,5%. Diagnósticos de la colonoscopia: normal 26,4%, pólipo colorrectal 25,6%, cáncer 3,1%, enfermedad inflamatoria intestinal (EII) 1,6%, divertículos 20,1%, hemorroides 40,3%, otros 16,9%. Clasificación EPAGE-II adecuada según edad: > 50a. 87,9%, < 50a. 39,4% ($p < 0,001$); según profesional: MF 77,0%, resto de profesionales 69,6% ($p = 0,0017$); según prioridad: ordinario 70,5%, preferente 79,1%, urgente 81,7% ($p = 0,001$); según motivo petición: sospecha diagnóstica 72,4%, seguimiento 60% ($p < 0,001$); y según motivo seguimiento: EEI 52,2%, cáncer 77,3%, pólipo colorrectal 53,7%.

Conclusión: Nuestro estudio identifica un uso bastante adecuado de la colonoscopia. Los mayores de 50 años presentan un EPAGE-II ≥ 7 en mayor proporción que los menores. Las colonoscopias solicitadas por MF muestran un EPAGE-II ≥ 7 en mayor proporción que otros profesionales. Un porcentaje alto de las colonoscopias con EPAGE-II ≥ 7 se solicitaban con prioridad urgente. En relación con el

motivo de petición, el EPAGE-II es más alto por sospecha diagnóstica que por seguimiento. Entre las colonoscopías de seguimiento, las que se hacen por pólipos colorrectales muestran un EPAGE-II más bajo.

ID 431

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DE LA MICROSCOPIA DE CONTRASTE DE FASE COMPARADA CON TIRA REACTIVA DE ORINA Y SEDIMENTO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO INFERIOR EN LA MUJER

Aitor Alfaro Ormaolea, Nuria Sierra Montalbán, Silvia Hernández Anadón, Carles Llor, Ana Moragas Moreno, Sonia Cortiles Bosch

EAP Jaume I.

Objetivo: Evaluar la validez de la microscopía de contraste de fase para el diagnóstico de infección del tracto urinario (ITU) en mujeres y compararlo con tira reactiva de orina y sedimento.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo en centro urbano desde enero 2008 hasta septiembre 2012. Se incluyen consecutivamente mujeres > 14 años con síndrome miccional, excluyéndose ITU complicadas y embarazadas. Se demandó consentimiento oral para su inclusión y se solicitaron 3 tubos de orina del chorro medio: uno para visualización microscópica (en el momento), otro para tira reactiva (en el momento) y otro para sedimento más urocultivo (se envió al laboratorio de microbiología). La visualización microscópica la realizó siempre el mismo investigador que fue ciego a todas las variables. Variables: ITU (sí/no) según microscopía; tira reactiva: presencia de sangre, proteínas, leucocitos y/o nitritos; sedimento (positivo si > 5 leucocitos/campo); resultado del urocultivo (gold standard), considerándose ITU > 10³ UFC/ml. Se realizó estadística descriptiva y se analizaron los valores predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN).

Resultados: Se reclutaron un total de 545 muestras de orina. De éstas, en 18 no se hizo urocultivo y en 1 no se hizo microscopía, analizándose un total de 526 muestras. De éstas, 139 fueron contaminadas (26,4%). De las 387 muestras bien recogidas, 236 presentaron ITU (61%). Presentaron infección por *Escherichia coli* 164 mujeres. El mayor VPP se observó con nitritos (65,8%) seguido de microscopía (64,1%) y sedimento (56,8%). Los mayores VPN se observaron con microscopía (81,8%), sedimento (78,6%) y tira reactiva toda negativa (75%).

Conclusión: Ninguna prueba puede considerarse óptima para confirmar o descartar ITU en mujeres, aunque de todas disponibles en la actualidad el uso de un microscopio de contraste de fase es la que alcanza una validez razonable.

Material y métodos: Ensayo controlado aleatorizado. Participaron 338 pacientes con depresión mayor de 20 centros de salud asignados a un grupo intervención o a un grupo de tratamiento habitual (control). El seguimiento fue de 12 meses. La 'utilidad' se midió mediante 'años de vida ajustados por calidad' (AVAC). Los costes desde la perspectiva del sistema sanitario son los del propio programa (materiales, formación) y costos asistenciales (visitas, ingresos, medicación). Se calcula la Ratio Coste-Efectividad Incremental (ICER) del INDI respecto al tratamiento habitual, así como elipses de confianza y curvas de aceptabilidad para dicho programa.

Resultados: Incluimos en el análisis los pacientes con datos de seguimiento completos: 166 (INDI) y 127 pacientes (control). El programa INDI originó un coste promedio de 189,5 € (DE 53,2) por paciente superior al coste del manejo habitual ($p < 0,0001$). La utilidad incremental de INDI respecto al grupo control fue de 0,030 AVAC (DE 0,02) ($p = 0,146$). El ICER resultante es 6.317 €/AVAC. La incertidumbre de estas estimaciones la representaremos gráficamente en un plano coste-efectividad mediante elipses que definen regiones de confianza del 95%, 75% y 50% —ubicadas principalmente en el cuadrante ↑ coste ↑ efectividad—. Presentaremos gráficamente la curva de aceptabilidad asociada al ACU, que muestra la disponibilidad a pagar por un AVAC adicional: p. ej., si la disponibilidad a pagar es de 10.000 € por AVAC la probabilidad que INDI sea coste-efectivo es del 70%, y para una disponibilidad a pagar de 30.000 € (valor convencionalmente considerado como umbral para un AVAC) la probabilidad es del 87,2%.

Conclusión: Teniendo en cuenta el umbral socialmente admitido, el análisis coste-utilidad del programa INDI respecto al manejo habitual es favorable a la intervención.

ID 381

RURALIDAD Y FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Carlos Martín Pérez¹, José Manuel Pacheco Vega²

¹Marquesado (Granada). ²Dolar.

Objetivo: Estudiar relación entre ruralidad y funcionamiento psicosocial en pacientes con trastorno mental grave (TMG).

Material y métodos: Estudio observacional, transversal. Ámbito de estudio: pacientes procedentes de cuatro Zonas Básicas de Salud, atendidos en una Unidad de Salud Mental Comunitaria. Población de estudio: pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, trastornos afectivos con síntomas psicóticos y trastornos graves de personalidad. Mediciones: variables socio demográficas, de uso de servicios y de evolución de la enfermedad: edad, sexo, estado civil, años de evolución, edad al diagnóstico, contactos con salud mental, ingresos y diagnóstico. Para medir ruralidad se utiliza el índice propuesto por Ocaña et al que asigna una puntuación a cada municipio según diferentes indicadores. Variable dependiente: puntuación en la escala HoNos (Health of the Nation Outcome Scales). Método estadístico: análisis descriptivo de las variables de estudio. Análisis bivariado: t de Student para variables independientes categóricas, y test de correlación de Pearson para continuas. Regresión lineal multivariante para estudiar asociación entre variables predictoras y funcionamiento medido con HoNos. Regresión logística para estudiar asociación entre las variables de estudio y el resultado de cada ítem del HoNos.

Resultados: Se incluyen 260 individuos 45% mujeres y 50% hombres mayores de 14 años. El índice de ruralidad se relaciona de forma significativa e independiente con la puntuación del HoNos de forma que a mayor ruralidad, se obtiene un peor funcionamiento. Ser hombre, los años de evolución, el número de contactos con salud mental y el diagnóstico (trastornos de personalidad) también se asocian de forma independiente con la puntuación HoNos. La ruralidad se asocia con mayor riesgo de conducta auto-agresiva, abuso de sustancias y presencia de otros síntomas mentales.

Sesión Oral 7: Salud mental. Bioética

ID 157

EVALUACIÓN ECONÓMICA DE UN PROGRAMA PARA EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Enric Aragonés Benaiges¹, Germán López Cortacans², Eduardo Sánchez Iriso³, Antonia Caballero Alias⁴, Josep Lluís Pinol Moreso⁵

¹CAP Constantí. ²Salou. ³UPNA. ⁴Horts de Miró. ⁵CAP Sant Pere.

Objetivo: Realizar una evaluación económica mediante un análisis coste-utilidad (ACU) de un programa de 'collaborative care' para el manejo de la depresión mayor en atención primaria (programa INDI) frente al manejo habitual.

Conclusión: Los hábitats más rurales se relacionan con un peor funcionamiento de los pacientes con TMG y con un mayor riesgo de abuso de sustancias y otros síntomas psicológicos.

ID 950

DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO ESTA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

Jesús López-Torres Hidalgo¹, Yolanda López Gallardo², Ignacio Parraga Martínez³, Francisco Escobar Rabadán⁴, María José Simarro Herraes⁵, Joseba Rabanales Sotos⁶

¹Centro de Salud Universitario Zona IV. ²CS Caudete.

³La Roda (Albacete). ⁴Zona IV de Albacete. ⁵SUAP Villarrobledo.

⁶Atención Primaria Albacete.

Objetivo: No existen cuestionarios para evaluar la satisfacción con el tratamiento antidepresivo, el cual repercute en la calidad de vida relacionada con la salud. El objetivo ha sido desarrollar y validar un instrumento específico para valorar la satisfacción con el tratamiento antidepresivo, determinando su validez convergente respecto a efectividad clínica, cumplimiento de expectativas, adherencia terapéutica y tolerabilidad.

Material y métodos: Estudio observacional longitudinal donde 168 pacientes iniciaron tratamiento antidepresivo y fueron evaluados durante un año. Las variables incluyeron efectos adversos, cumplimiento e intensidad de síntomas depresivos. En el cuestionario para la Evaluación de la Satisfacción con el Tratamiento Antidepresivo (ESTA), de 15 ítems respondidos mediante escala Likert, se evaluó su fiabilidad, validez de construcción y concurrente con mediciones relacionadas conceptualmente con dicho constructo. **Resultados:** El estadístico alfa de Cronbach osciló entre 0,932 y 0,943. En el análisis factorial dos factores explicaron el 64,11% de la varianza. La puntuación del cuestionario ESTA osciló entre 55,2-60,9 puntos, observándose una correlación negativa respecto a las escalas de Hamilton (-0,350/-0,591) y Montgomery-Asberg (-0,484/-0,596). En incumplidores y en quienes presentaron efectos adversos la satisfacción con el tratamiento antidepresivo fue significativamente inferior ($p < 0,05$). En la primera visita (15 días) la puntuación fue inferior ($p < 0,05$) a la del resto de las visitas. En el análisis de fiabilidad test-retest el coeficiente de correlación intraclase fue 0,908.

Conclusión: El cuestionario ESTA, diseñado para evaluar la satisfacción con el tratamiento antidepresivo, es válido y fiable, constituyendo un instrumento de medición centrado en el paciente complementario a la valoración clínica de la efectividad del tratamiento antidepresivo.

ID 1621

EFFECTIVIDAD DE UNA ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA: 6 MESES DE SEGUIMIENTO DEL ESTUDIO GRITA

María Eugenia Tello Bernabé¹, Teresa Sanz Cuesta², María Luisa de Santiago Hernando³, Montserrat Jurado Sueiro³, Mercedes Fernández Girón⁴, Grupo Grita

¹El Naranjo. ²Dirección Técnica de Docencia e Investigación.

³Castilla La Nueva. ⁴M^a Ángeles López Gómez.

Objetivo: Evaluar la efectividad de una estrategia de implementación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria a los 6 meses de seguimiento.

Material y métodos: Ensayo clínico multicéntrico aleatorizado por conglomerados en 16 centros de salud. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años diagnosticados de trastornos de ansiedad genera-

lizada (TAG), trastorno de angustia (TA) y/o crisis de pánico (CP) según DSM-IV-TR-AP. Intervención: Sesión formativa, información, líder local de opinión, sistemas recordatorio, auditoría y retroalimentación vs práctica habitual. $N = 296$. Variable principal: cambio ≥ 2 puntos en la escala de ansiedad de Goldberg. Variables secundarias: grado de cumplimiento de las recomendaciones de la GPC sobre tratamiento, información y derivaciones a Salud Mental. Análisis estadístico: descriptivo y análisis bivariante.

Resultados: 228 pacientes, 168 pacientes con seguimiento a 6 meses. La edad media fue de 46,32 años (DE 13,41), el 81,5% mujeres, 97,6% nacionalidad española y 46,4% con estudios primarios. El diagnóstico inicial fue: TAG 79,8%, TA 14,3% y CP 6%. La media subescala de ansiedad fue 6,46 (DE 2,11), subescala de depresión 4,25 (DE 2,58) y EVA 59,52 (DE 19,26). Los dos grupos fueron comparables para todas las variables anteriores. La disminución ≥ 2 puntos en subescala de ansiedad a los 6 meses de seguimiento fue mayor en el grupo de intervención (61,4% vs 52,3%). Con el número de sujetos analizados en este corte no se observan diferencias entre grupos: RR 1,17 (0,88-1,55). Se observa cierta ventaja en la información que se le proporciona al paciente a favor del grupo intervención: RR 1,1 (1,01-1,20).

Conclusión: La estrategia de implementación de GPC parece potencialmente efectiva para obtener resultados en los pacientes, disminuyendo el grado de ansiedad en mayor porcentaje en el grupo intervención (aunque ambos grupos disminuyen su nivel de ansiedad) y mejorando la información que recibe el paciente.

ID 1860

EFFECTIVIDAD DE LA MUSICOTERAPIA (OPERA) FRENTE A PSICOTERAPIA BREVE Y FRENTE A PRÁCTICA HABITUAL PARA LA MEJORA DE LA SINTOMATOLOGÍA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO PRAGMÁTICO (PROYECTO EFOSIDE)

M^a Eugenia Azpeitia Serón¹, Amanda López Picado², Julia Vinagre Morgado³, M^a Concepción Pascual Romero⁴, Raquel Sogorb Sanvicente⁴, Antxon Apinaniz Fernández de Larrinoa⁵

¹Salcedo-Comunión (Lantaron). ²Hospital Universitario Araba.

³Aranbizkarra 2-Comarca Araba. ⁴Lakuabizkarra-Comarca Araba.

⁵Lakuabizkarra.

Objetivo: Determinar la efectividad de la musicoterapia frente a la psicoterapia breve y frente a la práctica habitual en pacientes con depresión.

Material y métodos: Ensayo clínico de 3 ramas, controlado, multicéntrico, pragmático, paralelo, aleatorizado con evaluación enmascarada. Se incluyeron los pacientes diagnosticados de depresión (escala de Hamilton ≥ 8) de 3 unidades de atención primaria. Intervención: grupo musicoterapia (GM) 12 sesiones de musicoterapia, Grupo psicoterapia (GP) 12 sesiones de psicoterapia y el grupo control (GC) práctica habitual. Se determinó la escala Hamilton al inicio, a los 3 y 6 meses. Se comparó el cambio en esta escala así como el porcentaje de pacientes que remiten en cada grupo. Se utilizó la versión SPSSv.20.

Resultados: Se reclutaron un total de 126 pacientes de los cuales el 77,8% ($n = 98$) eran mujeres. La edad media de los participantes fue $53,4 \pm 12,9$ años y el Hamilton inicial $15,8 \pm 6,4$. De los pacientes reclutados completaron el estudio 109 (86,5%). A los 3 meses, el Hamilton en GC fue de $17,4 \pm 6,2$, en el GP $13,5 \pm 4,6$ y en GM $13,2 \pm 6,4$ ($p = 0,006$) siendo las diferencias estadísticamente significativas entre GC y GP ($p = 0,016$) y GM ($p = 0,042$). A los 6 meses, el Hamilton en el GC fue de $14,7 \pm 6,6$, en GP $9,9 \pm 3,2$ y en GM $10,1 \pm 6,0$ ($p > 0,001$) siendo las diferencias estadísticamente significativas entre GC y GP ($p = 0,001$) y GM ($p = 0,003$). A los 3 meses, el 5,6% ($n = 2$), el 2,7% ($n = 1$) y el 22,2% ($n = 4$) de los GM, GP, GM respectivamente habían logrado la remisión de la sintomatología

($p = 0,032$). A los 6 meses, el 12,5% ($n = 5$) de los pacientes del GC, el 32,5% ($n = 13$) de los pacientes de GP y el 37,9% ($n = 11$) de los pacientes de GM presentaban remisión de los síntomas ($p = 0,035$). **Conclusión:** La musicoterapia y la psicoterapia suponen una mejora de los valores de la escala Hamilton de los pacientes depresivos y logra aumentar el porcentaje de pacientes que logran la remisión en comparación con el grupo control. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre ambas intervenciones.

ID 2493

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DEL CUESTIONARIO PROLONGED GRIEF-13 (PG-13) PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL DUELO PROLONGADO

Patricia Estevan Burdeus¹, Cristina de Miguel Sánchez², Borja Múgica Aguirre³, Esther Martín Molpeceres⁴, Isabel Mace Gutiérrez⁵, Jesús Ángel García García⁶

¹Lavapiés. ²Equipo Soporte Atención Domiciliaria Espronceda.

³Centro de Cuidados Laguna. ⁴Hospital Centro de Cuidados Laguna. ⁵Espronceda. ⁶Kueto.

Objetivo: Adaptación transcultural del cuestionario Prolonged Grief-13 (PG-13) para la detección precoz del duelo complicado.

Material y métodos: Método traducción-retrotraducción. Fases: 1. Traducción al castellano por dos traductores bilingües con lengua materna castellano y segunda lengua inglés-americano. 2. Elaboración de una primera versión de consenso por equipo multidisciplinar (médicos, enfermeras, psicólogos). 3. Retrotraducción de esta versión por dos personas con lengua materna inglés-americano y segunda castellano. 4. Estudio piloto con pacientes dolientes captados en hospital de cuidados paliativos y no dolientes captados en atención primaria. Muestreo intencional. Todos completaron el cuestionario y luego comentaron con el entrevistador las dificultades que se recogieron por escrito. 5. Segunda versión con los comentarios anteriores y revisada por el equipo y dos filólogos hispanicos. 6 Comparación de las dos retrotraducciones entre sí y con el original y supervisado por la autora. Se compararon los ítems originales con los traducidos en base a unos criterios establecidos de equivalencia semántica, idiomática, de las experiencias y conceptual para después clasificarlos en literales, semejantes, diferentes, ítems nuevos, excluidos y cambios de lugar.

Resultados: De los trece ítems del cuestionario original, 8 se consideraron literales y 5 semejantes. De los semejantes se eligió por consenso entre todos los miembros del equipo la traducción al castellano más adecuada. Se encontró dificultad para la traducción de términos como longing, yearning, shocked, dazed, emotionally numb, unfulfilling que, o bien carecían de conceptos equivalentes en castellano, o bien fueron modificados para mejorar su comprensión.

Conclusión: Se ha conseguido la adaptación al castellano del PG-13 completando así la primera parte del proceso de adaptación transcultural. Este cuestionario es la herramienta diseñada para la detección de duelo complicado tras la depuración de cuestionarios previos y el consenso de expertos.

ID 689

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA MEDIR LA PRAXIS ÉTICA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Luis González de Paz¹, Belchin Kostov², Meritxell Devant Altimir¹, Joan Mitjavila López¹, María Dolores Navarro Rubio³, Antonio Sisó Almirall¹

¹CAP Les Corts. ²IDIBAPS. ³Universitat Internacional de Catalunya.

Objetivo: Validar un cuestionario para medir la percepción de aplicación de las normas éticas en la práctica diaria en los profesiona-

les de atención primaria en las tareas que implican a profesionales y pacientes directamente.

Material y métodos: Estudio de validación de un cuestionario en el ámbito de atención primaria. Mediante 4 grupos focales de profesionales ($n = 32$) se identificaron las conductas éticas. El proceso de transcripción y análisis identificó los ítems iniciales. Posteriormente un grupo de expertos del Comité Consultivo de Bioética de Catalunya seleccionó los ítems según su adecuación, se realizó el estudio de la fiabilidad mediante test-retest, de constructo mediante análisis de componentes principales y de consistencia interna con el estudio del coeficiente alfa. Para ello completaron el cuestionario una muestra de 273 profesionales (médicos de familia, enfermeras y trabajadores sociales) de 43 centros atención primaria del área urbana de Barcelona. Para verificar la utilidad de las puntuaciones se realizó una exploración de las puntuaciones mediante un análisis de componentes principales con variables suplementarias.

Resultados: Los grupos focales identificaron 51 ítems iniciales, fueron validados por los expertos 37, la prueba test-retest identificó 4 ítems sin suficiente estabilidad temporal. El cuestionario final está formado por 24 ítems generales y 9 específicos. El constructo se resume en cinco factores. El alfa de Cronbach global ($\alpha = 0,90$) verificó la consistencia interna. En el análisis con variables suplementarias las puntuaciones más altas se asociaron al conocimiento efectivo de las normas éticas. El colectivo de enfermeras obtuvo las puntuaciones más altas y se observaron diferencias entre centros.

Conclusión: Los resultados sugieren que el cuestionario validado mide el nivel de percepción de práctica ética en la consulta en las actividades que implican directamente a los pacientes y a los profesionales de atención primaria. El cuestionario puede ser utilizado para identificar áreas en las que la práctica ética debería mejorar.

ID 1757

ACTITUD DEL MÉDICO DE FAMILIA COMO PACIENTE Y COMO PROFESIONAL ANTE LA AGONÍA

Rafael Alberto García Corrales¹, Carmen López Benítez¹, Raquel María Oneto Romero¹, Esther Oneto Romero², María del Carmen González Gutiérrez²

¹DCCU Bahía de Cádiz-La Janda. ²Desempleada.

Objetivo: Valorar en el personal médico si nos gustaría conocer de nuestra enfermedad en caso de ser nosotros el paciente en una situación de últimos días de vida y que información querríamos para nuestra familia. Valorar si realizaríamos una declaración de voluntades anticipadas en esta situación. Valorar si nosotros como profesionales informamos al paciente y su familia.

Material y métodos: Se encuestaron a los médicos de familia que asistieron a la actividad formativa sobre abordaje integral del paciente y cuidadores. Las preguntas son: si tú como paciente estuvieras en una situación de últimos días de vida, desearías saber tu diagnóstico y pronóstico. Misma cuestión si la tuviera un familiar cercano. Otra cuestión, solicitarías la declaración de voluntad vital anticipada (VVA) para ti. La última pregunta es si informamos a pacientes y su familia sobre el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad. Tres posibles respuestas: Sí, No, No sabe (NS).

Resultados: Incluimos a 92 médicos de familia. El 86,9% opinan que Sí querrían saber su diagnóstico y pronóstico en caso estar en una situación de últimos días por enfermedad terminal, el 4,38% No y el 8,69% NS. Para sus familiares, el 91,3% Sí querrían saberlo, el 0% No y el 8,69% NS. Solicitarían la declaración de VVA el 86,95%, el 10,96 No y el 2,09% NS. El 100% opinan que Sí informamos a la familia. El 21,73% opinan que Sí informamos al paciente, el 69,56% No y el 8,6% NS.

Conclusión: La inmensa mayoría de los médicos de familia querrían saber para ellos y su familia el diagnóstico y pronóstico en caso

de tener una enfermedad en situación de últimos días de vida y además solicitarían para ellos una declaración de VVA. Todos los médicos opinan que siempre informan a la familia. Sin embargo, la mayoría de los médicos opinan que No informan al paciente.

ID 224

TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES DE ETNIA GITANA

Francisco Javier Castro Martínez, Patricia Peinado Gorlat, Inés María Barrio Cantalejo, Miguel Melguizo Jiménez

Almanjazar.

Objetivo: Explorar la perspectiva de las mujeres gitanas sobre el final de la vida, la dependencia y la toma de decisiones sanitarias en ese contexto.

Material y métodos: Estudio cualitativo. 33 mujeres gitanas, pertenecientes a grupos de formación y desarrollo social de dos municipios. Se reunieron 5 grupos de discusión entre febrero y diciembre de 2012. 6 mediadores captaron 5-6 participantes cada uno. Se consideró que la edad y el desempeño, presente o pasado, del rol de cuidadora son las variables que más pueden enriquecer un discurso sobre el final de la vida y la toma de decisiones en ese contexto. Se utilizaron ambos como criterios de segmentación, buscando heterogeneidad entre grupos y homogeneidad y heterogeneidad intragrupal: la edad y el ser o no cuidadora de personas dependientes. La saturación se consideró cuando las ideas expresadas resultaron recurrentes.

Resultados: Principales ideas extraídas de los datos: (1) Se desea una muerte sin sufrimiento, en el propio domicilio y sin soportes artificiales. (2) Gran influencia de la opinión de la familia y la comunidad en la toma de decisiones sanitarias. (3) Dificultad para compatibilizar el deseo de mantener el máximo tiempo con vida al paciente sin prolongar inútilmente el sufrimiento. (4) Diferentes preferencias para uno mismo que para los demás en el cuidado que se desea recibir al final de la vida. (5) Desconocimiento e indiferencia hacia las voluntades anticipadas escritas. Desean que se tengan en cuenta sus preferencias, pero "sin papeles escritos".

Conclusión: La comunidad gitana española posee valores culturales y morales propios. Estos valores influyen en la forma de afrontar el final de la vida, la dependencia y la toma de decisiones sanitarias. Una adecuada atención al final de la vida en familias gitanas y su incorporación a la toma de decisiones sanitarias requiere considerar y respetar las peculiaridades culturales de esta población.

ID 1849

INFLUENCIA DEL PERFIL CENTRADO EN EL PACIENTE DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA EN LA DURACIÓN DE LAS CONSULTAS

Francisco Javier Valverde Bolívar¹, Miguel Pedregal González², Herminia María Moreno Martos³, Francisca Pérez Fuentes⁴

¹Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria. ²Unidad Docente. ³Almería Periferia. ⁴Distrito Jaén Norte.

Objetivo: Conocer la influencia del perfil centrado en el paciente de los médicos en la duración de las consultas.

Material y métodos: Estudio transversal mediante videograbaciones. Ámbito: 4 unidades docentes provinciales de medicina familiar y comunitaria (MFyC). Selección: médicos tutores y residentes de último año de MFyC (n = 64 tutores+64 residentes, concordancia 85%, precisión 10%). Ambos fueron videograbados de forma independiente en consultas reales. Variables: demográficas y profesionales del médico, comunicación centrada en el paciente (CCP) mediante selección de ítems de la escala validada CICA (independientes). Género del paciente, presencia de acompañante, consulta inicial/revisión y el tiempo de consulta como variable dependien-

te. Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo (medias y desviación típica, frecuencias), bivalente (t-Student/ χ^2 /correlación simple) y de regresión lineal multivariante con la variable dependiente tiempo. El proyecto tuvo la aprobación del comité de ética e investigación y los participantes firmaron consentimiento informado.

Resultados: De las 409 entrevistas, la distribución por unidades docentes fue 55% vs 23% vs 14% vs 8%. El 55% de los médicos eran mujeres, 56% residentes. De los pacientes 59% mujeres, 71% fueron consultas de revisión y la presencia de acompañante fue del 34%. El tiempo medio de consulta fue 8 ± 4 minutos, mediana 8 minutos y moda 7 minutos. La puntuación media de CCP fue de $6,6 \pm 2,4$ puntos (rango 0-16). La duración de la consulta no tuvo variación según el género del médico ni del paciente ($p = 0,83$; χ^2). Hubo diferencias en el tiempo de las consultas de revisión frente a las iniciales ($9,08 \pm 4$ vs $8,09 \pm 3$; $p = 0,017$: t-Student) y aquellas con acompañante ($10,19 \pm 4,9$ vs $8,09 \pm 3,27$; $p = 0,001$: t-Student). La correlación lineal entre CCP y tiempo fue de 0,3. En el modelo multivariante, la presencia de acompañante ($B = 1,7$; $p = 0,001$), centro urbano ($B = 0,4$; $p = 0,03$) y CCP ($B = 0,5$; $p = 0,001$) fueron significativos para una mayor duración de la consulta, con un coeficiente de determinación $R^2 = 0,2$.

Conclusión: Las consultas más prolongadas se observan en centros urbanos, con acompañante y en profesionales que realizan una consulta centrada en el paciente.

ID 1835

PERCEPCIÓN DE SALUD EN PACIENTES: RELACIÓN ENTRE INFELICIDAD Y BIENESTAR FÍSICO

María Auxiliadora Morales Mármol, Tamara Aragón Aragón, Elena Gómez Gómez, Javier Caballero García

Adoratrices.

Objetivo: Determinar la percepción de salud en mayores de 18 años de la Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria. Determinar la relación entre la percepción de salud y el sexo. Describir la relación entre la percepción de salud y variables socioeconómicas y clínicas.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo. Muestra de 246 pacientes (calculada con una estimación del 80%, precisión del 5% y confianza del 95%). Selección mediante muestreo aleatorio simple de un cupo de una consulta de Atención Primaria. Variable dependiente: Percepción de salud: cuestionario de calidad de vida (Ruiz y Baca, 1993). Consta de preguntas tipo Likert (39-195 puntos). Variables independientes: socioeconómicas (Graffar, estado civil, relación laboral), demográficas, patologías orgánicas (por especialidades), frecuentación a consulta durante el año 2012, cuidador, alojamiento, síndrome funcional, polimedicación, pluripatología, analgésicos, psicofármacos. Análisis de datos: para describir variables cuantitativas: media y desviación típica. Para cualitativas: porcentajes. Para comparar dos medias: test de la t para muestras independientes. Para más de dos medias: ANOVA. Para la relación entre variables cuantitativas: regresión lineal. Se construyó un modelo multivariante, tomando como variable dependiente la calidad de vida. Se comprobaron las condiciones de aplicación.

Resultados: Edad de 53 años (DT 16,78). Mujeres 63%. Percepción de salud: 138 (DT 22), en la mujer una media de 136 (DT 24), en el Hombre 143 (DT 19), $p = 0,024$. En el análisis bivalente se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,05$) según: cuidador (126, DT 25); vive solo (121, DT 21); Graffar (134, DT 21); síndromes funcionales (126, DT 23); síndromes ansioso-depresivos (124, DT 22); pluripatología (123, DT 25); polimedica (129, DT 25); psicofármacos (128, DT 23). En el modelo multivariante se incluyeron las variables: analgésicos, cuidador, alojamiento, pluripatológico, Graffar, enfermedades ansiosas-depresivas, edad, síndromes funcionales, con una $R^2 = 0,300$.

Conclusión: La percepción de salud es peor en la mujer. También es peor a mayor edad, en cuidadores, si viven solos, a menor nivel socioeconómico, pluripatológicos, enfermos ansiosos-depresivos, síndromes funcionales, y si toman analgésicos.

Sesión Oral 8: Salud reproductiva. Aparato locomotor

ID 516

NUEVAS EVIDENCIAS SOBRE CRIBADO EN CÁNCER DE MAMA

Noelia Edo Fernández¹, Enrique Concha Mayayo², Cruz Bartolomé Moreno³, Iván Arazo Iglesias⁴, Ángel Vicente Molinero⁵, Rosa Magallón Botaya¹

¹Arrabal. ²Actur Sur. ³CS Parque Goya. ⁴Miguel Servet.

⁵Hospital Royo Villanova.

Objetivo: Conocer la información que transmiten los sanitarios y las percepciones de las mujeres usuarias de mamografía.

Material y métodos: Estudio cualitativo mediante grupos focales seleccionados mediante aleatorización simple de la base de datos de la DGA: Mujeres con mamografías normales recientes. Mujeres con mamografía positiva reciente. Mujeres diagnosticadas y tratadas. Profesionales relacionados con el uso de mamografías como cribado. Los grupos fueron audiograbados y todos firmaron un consentimiento aprobado por el CEICA. Se realizó un análisis semántico. Limitaciones: participación voluntaria. Algunas de las mujeres del grupo que fueron enviadas a hospital ya sabían el resultado de su biopsia.

Resultados: En las mujeres con mamografías normales, la mamografía se asocia a algo rutinario, obligatorio socialmente y necesario, con la sensación de seguridad plena alcanzada. No conocen los falsos positivos, los falsos negativos y el sobrediagnóstico, pero paradójicamente se consideraban bien informadas. En el grupo de mujeres enviadas a hospital, el inicio es alrededor de los 40 años, se realiza tras una visita al ginecólogo y continuarían con el proceso indefinidamente. Consideran la mamografía un método "preventivo" (en lugar de diagnóstico). Piden mejores recursos técnicos. En el grupo de mujeres con cáncer de mama comenzaron las mamografías regladas con la DGA. Aseguran que continuarían realizándose mamografías y con más frecuencia si no se tuvieran en cuenta sus efectos perjudiciales. Consideran la información como insuficiente. Son conscientes de las limitaciones de la mamografía. Se quejan de falta de empatía de algunos médicos. En el grupo de médicos inician screening en mujeres sanas a los 40 años con mamografías bianuales, a pesar de saber que no han demostrado disminuir la mortalidad.

Conclusión: Se debe dar una información clara a las mujeres y ofrecer una educación sanitaria a las mismas sobre las realidades del screening.

ID 1008

ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Esther Thomas Carazo¹, Emilia María de los Reyes-García Bermudez², Carmen María Perán Urquizar¹, Antonio Jesús Turnes González¹, Rafael Molina Díaz¹, Ignacio Contreras Ruiz¹

¹Zaidín Sur. ²Adra.

Objetivo: Describir las características de las ecografías realizadas con sonda vaginal por un médico de familia en un Centro de Salud. Analizar la concordancia diagnóstica cuando se solicita confirmación al Servicio de Ginecología o al Servicio de Radiodiagnóstico.

Material y métodos: Diseño: descriptivo transversal. Emplazamiento: centro de salud urbano. Periodo de estudio: abril 2012-febrero 2013. Población: 93 ecografías. Variables: edad, sospecha clínica, diagnóstico ecográfico, recomendaciones derivadas de la exploración, confirmación externa del diagnóstico. Análisis estadístico: medidas descriptivas de frecuencia y distribución.

Resultados: De las 93 ecografías practicadas la mayor parte se realizó a mujeres entre 15 y 40 años (58,1%). El principal motivo de solicitud fue la hiper/polimenorrea (21,5%), seguido de dolor pélvico (17,2%), sospecha de patología ginecológica estructural (15,1%), alteraciones del ciclo menstrual (12,9%) y dismenorrea (11,8%). El diagnóstico ecográfico más frecuente fue la patología estructural (patología tumoral ovárica 9,7%, mioma uterino 8,6%, quiste folicular 7,5% y poliquistosis ovárica 6,5%). En el 60% descartó patología ginecológica. De los 37 pacientes derivados a segundo nivel se confirmó el diagnóstico en el 64,9%, en el 27% no se disponía de datos en la historia clínica y en tres de ellos no fueron verificados los hallazgos patológicos que motivaron la derivación.

Conclusión: Las observaciones en nuestro medio apuntan hacia una alta rentabilidad de la ecografía con sonda vaginal en Atención Primaria, permitiendo descartar patología ginecológica en un elevado porcentaje de casos, lo cual mejora el abordaje y manejo de los principales motivos de consulta y evita derivaciones innecesarias al segundo nivel. Los resultados mostraron alta concordancia cuando se solicitó confirmación en Atención Especializada, a pesar de la limitación que supone la ausencia de datos en la historia clínica, habiendo perdido el seguimiento del 27% de los pacientes derivados. Son necesarios estudios aleatorizados más amplios para evidenciar la efectividad de la implantación de esta técnica en Médicos de Familia formados específicamente.

ID 2134

PREFERENCIAS DE LAS PACIENTES Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS EN LA VAGINITIS CANDIDIÁSICA NO COMPLICADA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO PRESEVAC

M^a Isabel del Cura González¹, Francisca García de Blas González², María José Rojas Giraldo³, Jeannet Sánchez Yezpez⁴, Yolanda Ginés Díaz⁵, Grupo PRESEVAC

¹Unidad de Apoyo a la Investigación. ²CS Mendiguchia.

³Parque Loranca. ⁴M^a Ángeles López. ⁵Galapagar.

Objetivo: Describir las preferencias de las mujeres y los factores que las explican al elegir la vía de administración (oral o tópica) para el tratamiento de las vaginitis candidiásica no complicada (VVCNC) en atención primaria. Describir la etiología, la seguridad de los tratamientos y el número de recidivas.

Material y métodos: Diseño: estudio observacional multicéntrico prospectivo de 1 año de seguimiento en 17 centros de salud. Se incluyeron por muestreo consecutivo mujeres ≥ 16 años con VVCNC. Variables: sociodemográficas, cultivo de secreción vaginal, preferencia de la pacientes en la elección del tratamiento (sistema de tarjetas), reacciones adversas, número episodios. Estrategia de análisis: descriptivo, bivalente y multivalente (regresión logística).

Resultados: 574 mujeres con edad media de 34,32 años (IC95% 33,41-35,24), 71% españolas, 94,8% trabajadoras activas, media de años/escolarización 11,4 (IC95% 11,04-11,77), 26% ingresos < 1.200 euros, el 60% con unidad familiar < 2 miembros. El 54,7% de las mujeres eligieron la vía tópica, el 69,5% en dosis única (oral o tópica). La vía preferida de administración se asocia de forma estadísticamente significativa con los años de escolarización ($p = 0,011$) y n° de miembros de la unidad familiar ($p = 0,024$). Por cada año de escolarización, la probabilidad de elegir la vía oral sobre la tópica es 1,1 veces mayor (IC95% 1,026-1,217) y 5,9 veces mayor (IC95% 1,8-19,8) si la unidad familiar tiene ≤ 4 miembros. El

57,1% fueron causadas *Candida albicans*. El 4,2% presentaron efectos secundarios leves. 92% presentó un único episodio, 7% dos, y 1% tres episodios/1 año.

Conclusión: Las mujeres prefieren el tratamiento en monodosis independientemente de la vía de administración, la vía tópica ha sido elegida por mayor número de mujeres. Mayor número de años de escolarización y menor número de miembros en la unidad familiar explican la preferencia por el tratamiento oral. *Candida albicans* fue la etiología más frecuente. Las reacciones adversas fueron leves y muy poco frecuentes.

ID 2299

IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBCUTÁNEO DE LEVONORGESTREL Y SU USO EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

José Antonio Baeyens Fernández¹, Paloma Cerezo Sánchez¹, María Jesús Ordóñez Ruiz², Tania Cedeno Benavides³, María Agrela Cardona⁴, Lorenzo Arribas Mir¹

¹CS La Chana. ²Loja. ³Sierra Nevada. ⁴Mirasierra.

Objetivo: El implante subcutáneo de dos varillas de levonorgestrel (Jadelle), es un método anticonceptivo con gran efectividad y seguridad, pero existen pocos datos sobre su aceptabilidad y patrón de uso en nuestro país. Nuestro objetivo es evaluar el perfil epidemiológico de las usuarias de este implante, las razones para su retirada, los efectos adversos y eficacia anticonceptiva de su utilización en el ámbito de la medicina de familia.

Material y métodos: Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo sobre el uso de Jadelle durante 9 años en una consulta de AP. Se incluyó a toda mujer que eligió éste sobre el resto de los métodos anticonceptivos ofrecidos, y no presentaba contraindicación para su uso (categorías OMS 3 y 4). Se muestran los resultados de 49 mujeres, 9 con el implante aún en uso, incluyendo datos personales (edad, nacionalidad, hábito tabáquico, enfermedades previas, historia ginecológica, uso previo de anticonceptivo), fecha y lugar de inserción y retirada, motivo de retirada, patrón de sangrado y su necesidad de tratamiento. La principal limitación viene dada por 7 (14,28%) casos perdidos. Todas las mujeres dieron su consentimiento informado para ser incluidas en este estudio.

Resultados: Datos de seguimiento a 5 años disponibles para el 67,3% del total de mujeres. La edad media fue de 27,9 años, 41 (83,7%) eran españolas, y 11 (22,4%) nuli-paras. Las tasas de continuidad fueron de 93,9%, 84,8%, 75,8%, 63,6% tras 1, 2, 3, y 4 años, respectivamente. El 38,8% de las mujeres presentaron un patrón de sangrado normal. Las principales razones para la retirada fueron el deseo de embarazo (6, 12,2%) y los efectos adversos (6, 12,2%), la mitad por sangrado excesivo. Sin embargo, 12 mujeres (24,5%) solicitaron un segundo implante. No hubo ningún embarazo durante 169 mujeres-años.

Conclusión: El uso de implante anticonceptivo Jadelle por el médico de familia presenta una alta efectividad y tasa de continuidad.

ID 639

RIESGO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 TRAS SUFRIR DIABETES GESTACIONAL

María de las Mercedes Hernández Pérez de la Blanca¹, Desiree Quiroz Mattsson², María del Carmen Martínez Buendía³, Ginesa López Torres⁴, Carolina Osorio Martos⁵, Antonia Hernández Carmona⁶

¹Almanjara. ²La Zabia. ³Costa del Sol de Marbella.

⁴Gran Capitán. ⁵Chana. ⁶Baeza.

Objetivo: Estimar el riesgo de DM2 en mujeres con DMG durante un embarazo. Analizar el incremento de riesgo tras los años. Identificar posibles factores asociados.

Material y métodos: Estudio de cohortes en un centro de salud de atención primaria. Incluye 291 mujeres (241 responden/50 abandonan) con embarazo no gemelar, española, edad ≥ 18 años, ausencia de complicaciones/enfermedades metabólicas en embarazo. Variables: dependiente: presencia de DM2. Independientes: edad, estudios/ingresos, antecedente DMG, paridad, af DM2/grado de parentesco, hta, dislipemia, IMC, resultado del test de O'Sullivan/de SOG, estado actual de la mujer, tratamiento con insulina en embarazo, SOG posparto, macrosomía. Con una entrevista personal (cuestionario estructurado) se obtuvo: variables sociodemográficas, estilos de vida, antecedentes obstétricos y variables antropométricas. Mediante el programa informático Diraya, la información referente al estado actual de las pacientes (5 años postparto). Análisis estadístico: comparación descriptiva de las subpoblaciones, contrastes no paramétricos de homogeneidad (de Mann-Whitney, de Kolmogorov-Smirnov) y una regresión logística. SPSS 17. Limitaciones: pérdida de 50 mujeres por no encontrar información sobre ellas, Los casos de DM2 han sido hallazgos casuales y requerimiento de cohorte prospectiva con estudio continuo con SOG. Salvaguardada la confidencialidad de los pacientes mediante número de registro.

Resultados: HTA, el número de diabéticos en la familia y la cifra de glucemia basal/tras tres horas de la SOG aumenta la probabilidad de tener DM2 en 6.4 veces, 2,3 veces, 4%, 2%, 1%, respectivamente. La edad y la cifra de glucemia tras una hora del test de O'Sullivan disminuyen la probabilidad de tener DM2 en 10% y 1%, respectivamente.

Conclusión: El riesgo de DM tipo 2 es máximo a partir de 3º-4º año. Los factores asociados son la edad, parientes de primer grado con DM y HTA. Los niveles de glucemia basales, una hora tras la SOG con 50 g y tres horas tras SOG con 100 g: principales predictores de DM2. Parece importante determinar mujeres con DMG y mayor riesgo de DM2 para su seguimiento y tratamiento cuando sea necesario.

ID 2059

ANÁLISIS DE 4 AÑOS DE ECOGRAFÍAS EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

María González Urbano, Francisco José Guerrero García, Pamela Garzón Prados, Jessica Robles Martín, Laura Sánchez Martín

UGC Gran Capitán.

Objetivo: Analizar las ecografías realizadas en cuatro años en una Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria. Estimar el grado de concordancia diagnóstica de las ecografías realizadas por médicos de familia en atención primaria con las pruebas de imagen posteriormente realizadas en el hospital.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se analizan la totalidad de las ecografías, excluyendo las ecografías obstétricas, registradas en el Libro de Registro de Ecografías de la UGC durante los años 2009, 2010, 2011 y 2012. Se comprueba la realización de una prueba de imagen en el Hospital con posterioridad a la realización de la Ecografía en Atención Primaria. Variables de Estudio: Tipo de ecografía, Hallazgo en Atención Primaria, Hallazgo en Hospital.

Resultados: Se realizan durante estos 4 años 501 ecografías, distribuidas por años de la siguiente forma: 2009: 114 (23%), 2010: 144 (29%); 2011: 118 (24%); 2012: 125 (25%). Tipo de ecografía: abdominales: 347 (69,3%); musculoesquelética: 75 (15%); tiroides: 35 (7%); partes blandas: 10 (2%); mama: 3 (0,6%); escroto: 17 (3,4%); vascular: 1 (0,2%); otras: 13 (2,6%). Se realizaron pruebas de imagen posterior a nivel hospitalario en 148 casos. Hubo concordancia entre el hallazgo detectado en Atención Primaria y el hallazgo detectado en la prueba diagnóstica del Hospital en 125 casos (85,5%), mientras que no la hubo en 23 casos (15,5%).

Conclusión: La ecografía se ha constituido como una herramienta fundamental para el médico de familia en la consulta. La ecografía abdominal y la musculoesquelética son las más utilizadas por el médico de familia, probablemente por la incidencia de síntomas abdominales y osteomusculares. La ecografía tiroidea, por su fácil acceso y técnica, cada vez es más utilizada por los médicos de familia. La concordancia entre los hallazgos en Atención Primaria y las pruebas diagnósticas hospitalarias permite inferir la buena capacitación de los médicos de familia para realizar diagnósticos ecográficos fiables.

ID 339

COSTE-EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Eugenia Cardenosa Valera¹, Susann Gotthardt¹, Rita Fernández Vergel², Juan Vicente Luciano Devis³, María Teresa Penarrubia María²

¹EAP Dr. Bartomeu Fabres Anglada. ²ABS Gavà 2.

³Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

Objetivo: Evaluar el coste-efectividad de una intervención psicoeducativa respecto al tratamiento habitual en fibromialgia (FM). **Material y métodos:** Diseño: ensayo clínico aleatorizado. **Ámbito del estudio:** Atención Primaria. Sujetos: 216 pacientes (grupo intervención (GI) y grupo control (GC)). Criterios de exclusión: diagnóstico no basado en criterios del American College of Rheumatology; deterioro cognitivo, comorbilidad psiquiátrica o reumatológica, esperanza de vida < 12 meses y ausencia de escolarización. Intervención: 9 sesiones psicoeducativas de 2 horas durante 9 semanas (5 sesiones de educación sanitaria + 4 sesiones de relajación), evaluación a los 2, 6 y 12 meses. Presentamos datos a 12 meses. Cuestionario sociodemográfico, Cuestionario impacto de la fibromialgia (FIQ), Cuestionario de uso de servicios (CSRI). Análisis: Software utilizado SPSS 19 y STATA 11. Análisis de coste-efectividad se realizaron con cálculo del ICER (Índice de Coste-Efectividad Incremental) y la técnica aplicada de remuestreo (bootstrapping).

Resultados: A nivel basal no se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre GI y GC. A los 12 meses, en GI se obtuvieron costes directos de 1.366,73 € (DE 1.259,63 €) y en GC de 1.791,79 €. Los costes totales en GI fueron de 1.838,78 € (DE 2.060,19) y en GC de 2.201,56 € (DE 2.032,33 €). El coste (incremental/persona) fue de -215 € (IC: de -615,13 a 287,81) y -197 € (IC: de -785,12 a 395,74) desde las perspectivas de salud y de la sociedad respectivamente. La efectividad de la intervención representó 1,95 (IC 1,03-2,87) unidades de mejora clínica (UMC) (1 UMC = 5 puntos FIQ). Los ICER y los análisis de incertidumbre indicaron que la intervención resultó dominante.

Conclusión: Añadir una intervención psicoeducativa al tratamiento habitual es una opción terapéutica más coste-efectiva que únicamente el tratamiento habitual.

ID 1121

MODELO DE CALIBRACIÓN DE LA HERRAMIENTA FRAX® PARA POBLACIÓN FEMENINA ESPAÑOLA: EL MODELO FRIDEX

Rafael Azagra Ledesma¹, Claudia Savone¹, Amada Aguye Batista², Francisco López Expósito³, Silvia Güell Parnau⁴, Anna Vilaseca i Ribas⁵

¹Badia del Vallès. ²CAP Granollers Centre. ³EAP Bon Pastor.

⁴CAP Montcada. ⁵CAP Can Pantiquest.

Objetivo: Desarrollar un modelo de predicción de fractura osteoporótica ajustado a población española mediante la calibración de la herramienta FRAX®, que permita establecer los umbrales de indicación de densitometría y de tratamiento para mujeres españolas,

así como la valoración económica del modelo frente a la práctica clínica habitual.

Material y métodos: Estudio de cohortes multicéntrico. Se seleccionaron mujeres de 40-90 años de la cohorte FRIDEX que cumplieran los criterios de inclusión: Diez años de seguimiento, densitometría ósea (DXA) basal, cuestionario de factores de riesgo de fractura basal y final y no haber recibido tratamiento con antiosteoporóticos durante el seguimiento. El modelo asume 3 niveles de riesgo en función de los resultados reales de fractura principal en 10 años: riesgo bajo con < 10% de mujeres fracturadas, intermedio entre 10-20% y alto si se fracturaron > 20%.

Resultados: Los mejores umbrales para definir los grupos de riesgo con FRAX® basal fueron: riesgo bajo: < 5; intermedio: ≥ 5 y < 7,5 y riesgo alto: ≥ 7,5 correspondientes a los propuestos < 10; 10-20; > 20% de resultado real de fractura. En las 816 mujeres seguidas durante 10 años y analizadas los resultados de fractura fueron: bajo 3,6% (IC95%: 2,2-5,9); intermedio 13,7% (IC95%: 7,1-24,2) y alto 21,4% (IC95%: 12,9-33,2). El modelo solicita DXA si hay riesgo intermedio o alto para reclasificar de nuevo con FRAX® en riesgo alto: sí/no. El modelo de calibración reduce 82% las DXA indicadas y 31% los tratamientos farmacológicos prescritos para detectar las mismas mujeres que se fracturan en 10 años y con un coste 30% menor.

Conclusión: El modelo de calibración FRIDEX para mujeres españolas ajusta los valores umbrales de FRAX® con los resultados reales de fractura osteoporótica a 10 años en 3 niveles de riesgo. A su vez, mejora los parámetros predictivos y es coste-efectivo en comparación con la práctica clínica habitual basada en la DXA.

ID 1123

VALIDACIÓN DEL MODELO FRIDEX BASADO EN LA CALIBRACIÓN DE LA HERRAMIENTA FRAX® PARA DETECTAR POBLACIÓN FEMENINA ESPAÑOLA CON RIESGO ALTO DE SUFRIR FRACTURA OSTEOPORÓTICA

Rafael Azagra Ledesma¹, Elena López Valdeuza², Gloria Encabo Duro³, Amada Aguye Batista⁴, Marta Zwart Salmerón⁵, Milagros Iglesias Martínez¹

¹Badia del Vallès. ²CAP Badia. ³HUVH. ⁴CAP Granollers Centre.

⁵Girona-2.

Objetivo: Validar un modelo de calibración de la herramienta FRAX® para detectar a las mujeres con un riesgo alto de sufrir fracturas osteoporóticas.

Material y métodos: Estudio de cohortes multicéntrico con mujeres de 40-90 años de una cohorte de mujeres españolas seguidas 10 sin tratamiento para la osteoporosis. El modelo FRIDEX, creado en base a una cohorte de 816 mujeres españolas seguidas durante 10 años, propone 3 niveles de riesgo: de riesgo bajo si se esperan < 10% de fracturas osteoporóticas principales en 10 años, riesgo intermedio entre 10-20% y riesgo alto si se esperan > 20% de fracturas. Los correspondientes umbrales de FRAX® para estos grupos son: bajo < 5; intermedio entre ≥ 5 y < 7,5 y alto ≥ 7,5. El coste de utilizar el modelo de calibración se compara con el tradicional de indicar tratamientos según resultado de la DXA.

Resultados: Cohorte de 667 mujeres con una media de edad de 57,5 ± 8,3 años, IMC de 28,5 ± 4,3 Kg/cm², fracturas previas 19,8%, con alguna caída el año anterior 23,7%, tomaban calcio y/o vit D 15,5% y tenían osteoporosis en la DXA basal 13,8%. En los 10 años en el grupo de bajo riesgo se fracturaron 5,0% de mujeres (IC95%: 3,4-7,0); en el intermedio 7,3% (IC95%: 2,7-16,8) y en el de alto riesgo 27,1% (IC95%: 16,8-40,5). El modelo de calibración indica 128 DXA (-80%) y 70 tratamientos farmacológicos (-25%) respecto al modelo tradicional.

Conclusión: Los resultados de previsión de fractura en esta cohorte se ajustan a los propuestos en la creación del modelo de calibración FRIDEX de la herramienta FRAX para población española. Del mismo modo que en el propuesta del modelo de calibración, en esta vali-

dación el modelo también se muestra coste-efectivo al comparar los resultados con el modelo tradicional basado en la DXA.

ID 225

SÍNTOMAS PREDICTORES DE MAYORES COSTES TOTALES EN FIBROMIALGIA: RESULTADOS DEL ESTUDIO FIBROQOL

Andrei Viorel Stefanescu¹, Eugenia Cardenosa Valera¹, Rita Fernández Vergel², Juan Vicente Luciano Devis³, María Teresa Penarrubia María²

¹CAP Doctor Bartumeu Fabres Anglada. ²ABS Gavà 2.

³Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

Objetivo: Describir costes totales en fibromialgia y analizar su posible relación con el estado funcional de los pacientes.

Material y métodos: Diseño: análisis descriptivo de costes del ensayo clínico FIBROQOL. Ámbito: Atención primaria. Criterios de inclusión: diagnóstico de fibromialgia según criterios de American College of Rheumatology (ACR 1990), entre 18 y 75 años. Criterios de exclusión: Diagnóstico no basado en criterios ACR 1990, deterioro cognitivo según criterio clínico, enfermedad reumatológica concomitante grave, esperanza de vida < 12 meses, analfabetismo. Variables: sociodemográficas, Client Service Receipt Inventory (CSRI) (costes totales), Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) (estado funcional, a mayor puntuación peor estado funcional, 0-80).

Resultados: N = 216, 97,2% mujeres, edad media 55,08 años (DE 8,90), media de años de evolución 14,72 (DE 11,06), valor medio FIQ 56,37. Los costes totales de los 3 meses previos fueron 940,74 € (DE 1.060,62). Costes directos fueron 797,09 € (DE 748,75), suponiendo un 84,72% de los costes totales. La distribución de costes directos fue 19,62% atención primaria, 33,97% especializada, 22,88% pruebas complementarias y 23,52% gasto farmacéutico. En la correlación entre FIQ y costes se detectó que a mayor deterioro, mayores costes directos ($r = 0,18$). Dentro del FIQ se observó que las variables (ítems) predictoras de mayores costes fueron el ítem 1 (deterioro físico) con $\beta = 0,30$ y el ítem 8 (rigidez muscular) con $\beta = 0,19$, el resto de las variables no entraron en el modelo de regresión. Ningún ítem FIQ entró en el modelo de costes indirectos. Sólo la edad es predictor negativo con una $\beta = -0,20$.

Conclusión: La media de costes totales trimestrales fue casi 1.000 € por paciente. Costes directos alcanzaron casi el 85% de los costes totales, dentro de ellos la atención especializada fue la que supuso el mayor gasto. El deterioro físico y la rigidez fueron predictores positivos de los costes directos. La edad fue un predictor negativo de los costes indirectos.

ID 1116

PRESCRIPCIÓN DE OPIÁCEOS EN PACIENTES CON DOLOR NO ONCOLÓGICO: ¿ADECUADA A INDICACIONES DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA?

León Marín Conde, Miguel Vivar Simón, Marta Ruiz Pérez de la Blanca, Juan Tormo Molina, Jessica Robles Martín, María González Urbano

Gran Capitán.

Objetivo: Describir cómo utilizamos fármacos opiáceos mayores en pacientes con dolor no oncológico y si éste se ajusta a las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Material y métodos: Tipo: estudio descriptivo transversal. Emplazamiento: Centro de salud urbano. Sujetos: todos los pacientes de nuestra área tratados con opiáceos mayores para dolor crónico no oncológico, durante los meses junio-noviembre 2012. Mediciones: adecuación a las recomendaciones de la guía canadiense-2011 (disponible en <http://www.cfp.ca/content/57/11/1257.full.pdf+html>) valorados mediante audit de historias y registro de prescripciones. Variables principales: tipo de opiáceo, dosis, forma de inicio

y ajuste del tratamiento, duración del tratamiento, uso escalones analgésicos y escalas de valoración del dolor, motivo prescripción y quién la indica, efectos secundarios. Análisis: univariante con medidas de frecuencia y dispersión habituales. Limitaciones: las propias de un audit de historias.

Resultados: Encontramos 142 pacientes con dolor no oncológico tratados con estos fármacos (3 por mil de nuestra población). Media de edad 75 años (DE 12,2), 75% mujeres. Causa más frecuente: artrosis (49%). En el 67% la indicación es realizada por el médico del paciente (67%). Fármaco más usado: fentanilo parches (69%). 9 pacientes usaban morfina oral (6%). Media de duración del tratamiento: 19 meses (DE 21). Media de dosis equivalente de morfina 101 mg (DE 70). En 25 pacientes (18%) se informaba de efectos secundarios. En el 99% no constaba uso de escalas de valoración del dolor y en el 25% no se habían utilizado escalones analgésicos previos adecuados. La dosis de inicio era inapropiada en el 32% y las modificaciones no eran progresivas en el 25%.

Conclusión: Aproximadamente, tres de cada cuatro de nuestros pacientes tienen una utilización adecuada de estos fármacos, ofreciendo un mayor margen de mejora el uso de escalas de valoración del dolor y, probablemente, la duración del tratamiento y la prescripción de morfina oral.

Sesión Oral 9: Cáncer. Prescripción. Miscelánea

ID 329

SEGUIMIENTO A CORTO PLAZO DE LA SITUACIÓN FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL

Salvador Pita Fernández, Beatriz López Calvino, Sonia Pertega Díaz, María Teresa Seoane Pillado, Esther Gago García, María del Carmen Varela Tobio

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Objetivo: Determinar la situación funcional y la calidad de vida (CDV) en pacientes con cáncer colorrectal (CCR).

Material y métodos: Diseño: estudio de seguimiento prospectivo. Muestra: casos incidentes de CCR (CIE 9ª = 153-154) diagnosticados en 2011-2012 con consentimiento informado (n = 331; Precisión = $\pm 5,4\%$, Seguridad = 95%). Fuentes de información: Los pacientes tratados con intención curativa se encuestaron en el mes siguiente a la intervención quirúrgica. Los pacientes con tratamiento paliativo se entrevistaron en los tres meses tras el diagnóstico. Los pacientes se reevalúan al año del diagnóstico. Mediciones: Calidad de vida (EORTC-QLQ-C30; EORTC-QLQ-CR29), situación funcional (índice de Karnofsky). Análisis: se compararon las puntuaciones medias de CDV con valores poblacionales mediante el test t de una muestra. Las variaciones en CDV se analizaron mediante el test de rangos con signo de Wilcoxon. Aspectos ético-legales: CEIC Galicia (2010/304).

Resultados: Tras el diagnóstico, el 68,2% de los pacientes presentan un índice de Karnofsky ≥ 80 . En cuanto a su CDV, refieren un estado global de salud similar al de la población general ($71,7 \pm 20,0$), con valores más bajos en función física ($75,8 \pm 23,1$), rol funcional ($68,8 \pm 32,4$), y función social ($78,6 \pm 26,3$) ($p < 0,001$). Los síntomas con una afectación significativa de la CDV fueron: insomnio ($29,7 \pm 35,0$), pérdida de apetito ($11,8 \pm 23,8$) y diarrea ($10,7 \pm 23,2$). Respecto a los resultados del EORTC QLQ-CR29, la escala más deteriorada es la de ansiedad ($64,2 \pm 33,1$). Los síntomas que más afectan la CDV son: sequedad en la boca ($23,2 \pm 29,9$), frecuencia urinaria ($17,8 \pm 25,7$) y alteraciones en el sentido del gusto ($16,5 \pm 27,3$) o ritmo intestinal ($11,8 \pm 18,9$). Se dispone de datos al año de seguimiento en n = 104 pacientes. Existe una mejoría significativa de las

puntuaciones de función física ($82,8 \pm 20,8$; $p = 0,010$), rol funcional ($80,1 \pm 29,1$; $p = 0,005$) y función social ($85,6 \pm 26,6$; $p = 0,016$). **Conclusión:** Los pacientes con CCR refieren buenos niveles de calidad de vida, con cierto deterioro en la función física, rol funcional y función social, que mejora al año del diagnóstico.

ID 513

ROL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL EN UN CIRCUITO DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO

María Gimena Agostino¹, Héctor Daniel Landa Ramírez², David Aure Campillo³, Itziar Erlanz Aramayo², Irina María Janota Fuente³, Raquel Hernández Borlán²

¹Morera Pomar. ²Hospital Municipal de Badalona.

³ABS Nova Lloreda.

Objetivo: Describir perfil de pacientes y participación de atención primaria (AP) en el circuito de diagnóstico rápido de neoplasia digestiva (DRD).

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de todos los casos diagnosticados de carcinoma colorrectal (CRR) y derivados desde equipos de atención primaria de ámbito urbano entre el 2004 y el 2011 a DRD. De 127 pacientes con CCR e incluidos en DRD, se excluyeron 29 casos derivados por otras especialidades, 16 por error de filiación y 9 por pertenecer a otra área básica. Resultando 73 casos. Variables: datos de filiación, antecedentes familiares, síntoma guía, Charlson, tacto rectal, pruebas complementarias, localización y estadificación. Fechas: de consulta en AP, de inicio de primer síntoma, de derivación por AP, de diagnóstico por anatomía patológica. Análisis estadísticos: univariante (cuantitativo y cualitativo) y bivariante (chi cuadrado y t de Student). Limitaciones: solo se consideraron los casos con diagnóstico de CCR incluidos en DRD y se excluyeron los casos derivados que no tenían dicho diagnóstico.

Resultados: Se estudió un total de 73 pacientes con edad media de $71,5 \pm 10,9$ (45-100). Un 63% eran hombres. Poseían antecedentes familiares (35,3%), índice de Charlson $2,1 \pm 2,1$ (0-10). El síntoma guía más frecuente fue la rectorragia (45,2%), seguida de alteración del ritmo deposicional (26%) y anemia (13,7%). El tiempo de demora del paciente en consultar por los síntomas fue de $64,3 \pm 77,7$ días (0-316) y el tiempo de demora en la derivación desde AP a DRD $26,7 \pm 49,5$ días (0-268). La localización más frecuente de CCR fue sigma (34,2%), seguida de recto (32,9%). El tacto rectal se practicó en un 24,7% y la sangre oculta en heces en el 9,6%. Un 46,9% de casos fue diagnosticado en estadios III-IV.

Conclusión: Hay que mejorar la actuación de AP en la detección precoz de CCR; disminuyendo los tiempos de demora en AP, haciendo un mayor uso del tacto rectal, revisando los criterios de derivación a DRD y sensibilizando a la población ante el CCR.

ID 625

METAANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA Y RIESGO DE RECURRENCIA DE PACIENTES CON CÁNCER COLORECTAL

Mohammed Alhayek Ai, Salvador Pita Fernández, Sonia Pertega Díaz, Beatriz López Calvino, María Teresa Seoane Pillado

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Objetivo: Evaluar la evidencia de los beneficios del seguimiento intensivo de los pacientes que han completado tratamiento curativo de cáncer colorrectal (sin metástasis), respecto a la supervivencia y riesgo de recurrencia.

Material y métodos: Meta-análisis de los estudios realizados sobre este tema. Criterios de inclusión de los estudios: ensayos clínicos aleatorizados que comparan, en pacientes con cáncer colorrectal no metastásico tratados con intención curativa, la supervivencia y

riesgo de recurrencia según se realice seguimiento intensivo versus seguimiento minimalista. Búsqueda bibliográfica: se realizó una búsqueda de ensayos clínicos, mediante palabras clave, en MEDLINE, EMBASE, Cochrane database y SCOPUS. Variables resultado: las variables principales de resultado son la mortalidad global, mortalidad debida al tumor y el riesgo de recurrencia en los distintos grupos de pacientes. Análisis estadístico: se realizó un meta-análisis, basado en valores de riesgo relativo (RR), odds ratio (OR) y diferencia de riesgos (DR), con el programa Epidat 3.1. Se utilizó un modelo de efectos fijos o aleatorios en función del análisis de heterogeneidad. **Resultados:** Se incluyeron en el meta-análisis ocho ensayos clínicos aleatorizados, observándose un beneficio en la mortalidad global a los cinco años en pacientes bajo seguimiento intensivo ($RR = 0,79$; $IC95\% = 0,70-0,89$). No se observaron diferencias en cuanto a la detección de recurrencias en ambos grupos ($RR = 0,95$; $IC95\% = 0,85-1,06$). En el grupo de intervención se observa mayor detección de recurrencias asintomáticas ($RR = 2,04$; $IC95\% = 1,3-3,2$). **Conclusión:** El seguimiento más intensivo de los pacientes con cáncer colorrectal intervenidos con intención curativa parece tener un beneficio en la mortalidad global de dichos pacientes. Este beneficio puede ser debido a la mayor detección de recurrencias asintomáticas. Debido a la variedad de los programas de seguimientos de los estudios incluidos no es posible optar por la estrategia perfecta de seguimiento de estos pacientes.

ID 1764

EFFECTIVIDAD DE UNA ALERTA EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACIÓN EN UN PROGRAMA POBLACIONAL DE CRIBADO DE CÁNCER COLORECTAL

Carolina Guiriguat Capdevila¹, Carmen Vela Vallespin², Laura Muñoz Ortiz³, Irene Rivero Franco⁴, Mercedes Vilarrubí Estrella², Cristina Hernández Rodríguez⁵

¹Santa Rosa. ²ABS Riu Sud i Riu Nord. ³USR Metropolitana Nord.

⁴ABS Bufalà-Canyet. ⁵Parc de Salut Mar. Hospital del Mar.

Objetivo: Evaluar la efectividad de una alerta electrónica para aumentar la participación en un programa poblacional de cribado de cáncer colorrectal.

Material y métodos: Diseño: ensayo clínico aleatorizado. Ámbito: atención primaria. Sujetos: personas invitadas a participar en el Programa Poblacional de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto (PDPCCR), que incluye hombres y mujeres de 50-69 años ($N = 57.020$). Todos los profesionales sanitarios ($N = 280$). Criterios de exclusión: negativa a participar. La población del estudio final fue de 41.042 sujetos y 244 profesionales sanitarios (130 médicos y 114 enfermeras). Unidad aleatorización: médico. La intervención consiste en la introducción de una alerta en la historia clínica informatizada (HCI) de los pacientes, dirigida a médicos y enfermeras, para promover el cribado de CCR, durante un año. Variables: Resultado: cribado realizado. Independientes: perfil de pacientes y profesionales, revisión de la alerta. Fuentes de información: datos facilitados por el PDPCCR, la HCI y un cuestionario. Análisis estadístico: test de chi-cuadrado y regresión logística. Significación estadística $p < 0,05$. **Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 58 años con predominio de mujeres (53,6%). La participación final fue discretamente mayor en el grupo intervención (GI) respecto al grupo control (GC) (44,0% v/s 42,1%, $p = 0,001$). Estas diferencias fueron mayores en hombres, especialmente en el grupo de edad mayor de 65 años (GI: 46,3% v/s GC: 42,6%, $p < 0,001$), y a mayor frecuencia (GI: 53,3% v/s GC: 49,8%, $p = 0,001$). Se revisaron el 18% de las alertas. El 57,6% de los sujetos a los que el médico o la enfermera revisó la alerta participaron en el PDPCCR respecto el 41% sin cumplimentación ($OR = 1,98$; $IC95\%: [1,84-2,12]$).

Conclusión: La alerta electrónica aumenta discretamente la participación en un PDPCCR con elevadas tasas de participación

basales. El efecto, en general, es mayor en los grupos donde la participación basal es menor. Estrategias dirigidas a aumentar la cumplimentación de la alerta podrían potenciar su efecto en la participación final.

ID 1773

BARRERAS PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN PROGRAMA POBLACIONAL DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE COLON Y RECTO

Laura Muñoz Ortiz¹, Andrea Burón Pust², Jaume Grau Cano³, Miquel Torres Salinas⁴, Carolina Guiriguat Capdevila⁵, Grupo Cáncer AP⁶

¹USR Metropolitana Nord. ²Parc de Salut Mar. Hospital del Mar.

³Hospital Clínic Provincial. ⁴Hospital de l'Esperit Sant. ⁵Santa Rosa. ⁶Unitat Recerca Metropolitana Sud. Costa de Ponent.

Objetivo: Conocer los motivos para no participar en un programa poblacional de detección precoz de cáncer colorrectal (PDPCCR).

Material y métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. **Ámbito:** 10 centros de atención primaria urbanos. **Población:** sujetos invitados a participar en el PDPCCR, que participan como grupo intervención del estudio "Efectividad de una alerta en la historia clínica informatizada (HCI) para aumentar la participación en un programa poblacional de cribado de cáncer colorrectal". De las 3.957 alertas revisadas, 79 sujetos presentaron criterios de exclusión (negativa a participar, enfermedad grave). El número de pacientes elegibles, no habían participado en el PDPCCR, fue de 1.645. La revisión de la alerta consistía en cumplimentar una hoja de recogida de datos introducida en la HCI. Variables: sociodemográficas, motivos para no participar, criterios de exclusión del PDPCCR. **Análisis estadístico:** test de chi cuadrado para evaluar la asociación entre edad y sexo con los motivos de no participación. Limitaciones: sesgo de selección, población atendida en atención primaria. Aspectos ético-legales: consentimiento informado en HCI. **Resultados:** La edad media fue de 60 años con predominio de mujeres (56,8%). Los motivos más frecuentes para no haber participado fueron no recibir la carta de invitación (28%), seguido de "olvido" (14,5%), rechazo a la realización de pruebas (8,2%), falta de percepción de beneficios del cribado (6%) y miedo a un resultado patológico (4%). El 19,5% de los encuestados presentaba algún motivo de exclusión del PDPCCR, en comparación con el 7,4% detectado en el programa. El motivo más frecuente era una tener una colonoscopia previa normal. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad respecto a los diferentes motivos ($p < 0,001$), pero no entre sexos ($p = 0,08$). **Conclusión:** Los principales motivos para no haber participado fueron barreras estructurales. Una mayor implicación de los profesionales de atención primaria podría ayudar a mejorar la detección de sujetos con criterios de exclusión, para adecuar su seguimiento y aumentar la cobertura del programa poblacional.

ID 714

IMPACTO DE LAS VARIACIONES EN POLÍTICA DE MEDICAMENTO EN 2012 EN LA DEMANDA PARA CONSULTA DE MF DE UN CENTRO DE SALUD

Víctor Pedrera Carbonell, Germán Schwarz Chavarri, Isabel Prieto Erades, Alejandra Verdú Balaguer², Juan Miguel Marín Porrino³, Domingo Orozco Beltrán⁴

²Hospital de Alicante y Centro de Salud de San Blas.

³San Blas. ⁴Fundación Investigación Fisabio.

Objetivo: Conocer las características generales de la demanda en consultas de MF.

Conocer si los cambios en dispensación de fármacos crónicos y la retirada de financiación a 417 fármacos han influido en la frecuentación.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo sobre 1.500 consultas consecutivas en tres cupos de MF en un centro de salud entre el 21/01/2013 y 15/02/2013. Se incluyeron todos los pacientes que solicitaron cita. Se excluyeron los pacientes de otros centros (28). Se analizaron los datos obtenidos en historia clínica: fecha visita, facultativo, día semana, turno, sexo, edad, TLD, número de fármacos, citas pedidas para consulta de MF en 2010 y 2012. Tipo de consulta (clínica, administrativa o mixta) y ausencias. Estudio sin intervención clínica manteniendo la confidencialidad de los pacientes. Limitaciones: realizado en tres cupos similares de un solo centro de salud.

Resultados: Predominan las mujeres (60%), edad media $53,36 \pm 19,83$ años. No acude a cita el 9% de los pacientes. El 25% de consultas son exclusivamente administrativas frente al 66,4% exclusivamente clínicas. En 2010 hay una frecuentación de $6,70 \pm 6,47$ citas, de ellos el 4,4% acuden 20 o más veces (17,23% del total de demanda) y en 2012 $6,89 \pm 6,59$ con un 3,7% que acude 20 o más veces (15,5% de la demanda). La frecuentación aumenta ligeramente en 2012 a expensas de varones ($6,00 \pm 6,36$ frente a $6,53 \pm 37$). El 58,5% de los pacientes tiene TLD con media de $4,67 \pm 3,47$ fármacos. La TLD no aumenta con la edad y es similar entre sexos. Aumenta significativamente la frecuentación en 2012 con respecto a 2010 entre los pacientes con TLD de 3 o menos fármacos ($p = 0,0038$).

Conclusión: La demanda en los cupos estudiados refleja buena organización en cuanto al tipo de consulta demandada. La frecuentación, aumenta en 2012 respecto a 2010. En aquellos pacientes que precisan retirar fármacos en TLD y tienen 3 o menos fármacos este aumento es estadísticamente significativo.

ID 1733

PRESCRIPCIÓN DE SYSADOAS PARA LA ARTROSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA: FACTORES A TENER EN CUENTA PARA FUNDAMENTAR UNA INTERVENCIÓN DE DESINVERSIÓN SANITARIA

Roberto González Santisteban¹, Iñaki Gutiérrez Ibarluzea², Gaizka Benguria Arrate², Iratxe Regidor Fuentes³, Nora Ibargoyen Roteta², Maider Mateos del Pino⁴

¹Araia. ²Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

³Comarca Interior. ⁴Osteba.

Objetivo: Identificar los factores que influyen en la prescripción de SYSADOAS o "Symptomatic Slow Acting Drugs for OsteoArthritis" en una Comarca de Atención Primaria (AP).

Material y métodos: Se emplearon grupos focales en AP y entrevistas en profundidad con profesionales del segundo nivel (AH) pertenecientes al hospital de referencia. El protocolo de investigación pasó por un comité de ética e investigación. La captación fue voluntaria y la grabación, previo consentimiento, fue realizada en espacio neutro y anónima. Un profesional entrenado condujo ambos procesos y dos investigadores anotaron las expresiones. La grabación finalizó cuando se llegó a afirmaciones recurrentes y se realizaron transcripciones completas. Como método de triangulación se cotejaron las grabaciones con los individuos a estudio. El análisis se realizó con MAXQDA, siguiendo un marco pragmático sobre sistema sanitario.

Resultados: Se identificaron varias áreas relevantes sobre las que pivota la prescripción, algunas de ellas comunes a la AP y AH. Entre las comunes destacan la demanda por parte de los pacientes y la baja presión de la industria, el desconocimiento sobre qué evidencia de calidad debiera soportar las decisiones y la baja coordinación primaria-hospitalaria. En el caso de los profesionales de AP las causas específicas se centraban en la prescripción inducida y la falta de elementos y/o alternativas para justificar la deprescripción, mientras que en AH los elementos específicos fueron la inexistencia de criterios consensuados de derivación y la inexistencia de guías clínicas sobre el tema (GPC).

Conclusión: La prescripción de sysadoas parece ser multifactorial, influyendo en ella el desconocimiento sobre la calidad de la evidencia, la derivación inadecuada, la prescripción inducida, la demanda de los usuarios y la falta de consenso interdisciplinar. Es necesario un diálogo interdisciplinar e interniveles que establezca criterios de manejo consensuados que favorezcan la deprescripción de los sysadoas.

ID 112

ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES DOMICILIARIOS PLURIPATOLÓGICOS INCLUIDOS EN UN PROYECTO DE TELEMONITORIZACIÓN

Tatiana Pinar Otaola¹, Iñaki Martín Lesende¹,
Teresa Aguirre Minana¹, Silvia Quintana Cantero¹,
Fabio Borghesi¹, Elizabete Recalde Polo²

¹San Ignacio. ²Begoña.

Objetivo: Analizar la prescripción potencialmente inadecuada –PPI– (criterios STOPP/START y medicamentos de utilidad terapéutica baja –UTB–), de los pacientes pluripatológicos incluidos en un proyecto de telemonitorización.

Material y métodos: Estudio transversal, Atención Primaria. Objeto de estudio: prescripción crónica de pacientes domiciliarios con insuficiencia cardíaca y/o broncopatía crónica, ≥ 2 ingresos el último año, incluidos en el proyecto de telemonitorización TELBIL-A; con elevado grado de complejidad/comorbilidad (50% ambas patologías simultáneamente, media edad 79 años, Barthel 67, y 2.6 ingresos/año). Variables: PPI (criterios STOPP/START) y medicamentos UTB (boletín farmacoterapéutico valenciano). Análisis descriptivo con medias/proporciones e IC95%, empleando SPSS v.20.

Resultados: De 36 pacientes, (58,3% mujeres, media prescripciones/día $12,6 \pm 4$ –máximo 23–), 33 presentaban ≥ 1 criterio STOPP/START (91,7%, IC95% 77,5-98,2%). Tuvieron ≥ 1 STOPP 26 (72,2%, IC95% 56,2-88,2%): inhibidores bomba protones –IBP– (31,9% de 47 criterios STOPP encontrados), diuréticos asa/primera línea de tratamiento HTA (12,7%), duplicidades (10,6%), calcioantagonistas/estreñimiento crónico (8,5%), benzodiazepinas vida media larga (8,5%). Presentaron ≥ 1 START 19 (52,8%, IC95% 35,1-70,5%): metformina/diabetes (13,5% de los 37 criterios START encontrados), estatina/diabetes con otros factores de riesgo cardiovascular (13,5%), calcio-vit.D/osteoporosis (13,5%), bifosfonatos/corticoterapia mantenida (10,8%). Con ≥ 1 UTB 19 personas: 14 mucolíticos (56% de 25 UTB), 6 AINE tópicos (24%).

Conclusión: Prácticamente todos los pacientes tuvieron ≥ 1 recomendaciones STOPP/START (sobre todo STOPP, aunque la mitad alguna START). Medicamentos UTB frecuentes. Predominio en esfera cardiovascular (factores de riesgo, HTA, diabetes), IBP, duplicidades, benzodiazepinas, y relacionadas con las patologías específicas. Los criterios STOPP/START y revisiones UTB ayudarían a adecuar y reducir medicación en pacientes pluripatológicos.

ID 1194

PRESCRIPCIÓN INDUCIDA. ¿QUÉ ESTÁ OCURRIENDO EN NUESTRA PROVINCIA?

M^a José Castello Losada¹, Matilde Martín Robles²,
María Pedrosa Arias³, Ainhoa García-Orad Díez-Astrain⁴,
Susana Blanco Sabio⁵, Herminia de la Higuera Espigares⁶

¹Alfacer. ²Mirasierra. ³La Zubia. ⁴Baza. ⁵Orgiva. ⁶CS Guadix.

Objetivo: Analizar la prevalencia de la prescripción inducida (PI). Conocer las características y determinantes de la misma.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, transversal. Consultas a demanda durante una semana, noviembre 2011, todos los Distritos Sanitarios de una provincia (4). Muestreo por selección intencionada (11 médicos de 11 Centros de Salud). Variables analizadas: del paciente: edad, género, nivel cultural. Del médico: edad y gé-

nero, Centro de Salud, Distrito Sanitario, tarjetas adaptadas por edad de su cupo, derivaciones. Grado de acuerdo con la PI, motivo si desacuerdo, ¿Asume el tratamiento? De la PI: procedencia, fármacos inducidos, diagnósticos, tipo de prescripción y realización de recetas. Estadística descriptiva, análisis uni y bivalente.

Resultados: Encontramos 119 pacientes con PI de un total de 1774 pacientes atendidos (6,7%); mujeres 66 y 53 hombres, media de edad 52 años (DE 20). La procedencia de la PI fue: especialista 48,7%, urgencias atención primaria 17,6%, urgencias hospital 13,4%, médicos privados 6,7%, farmacia 5,9%. El 65% de los médicos responsables de la PI no hacen las recetas; el número medio de fármacos prescritos por paciente es 2 (rango 1-7) y pertenecen mayoritariamente al grupo analgésicos/aines, antibióticos, medicamentos psiquiátricos y el 46% son tratamientos de larga duración. El MF no está de acuerdo con la PI en el 40% de los casos, pero los prescribe (64%). La causa más frecuente del desacuerdo es porque los considera fármacos de segunda elección/no aporta ventajas. Encontramos diferencias estadísticas ($p < 0,05$) entre el número de fármacos de la PI y la procedencia de la misma; también entre el grado de acuerdo del MF y la procedencia de la PI. Los médicos de familia de nuestra provincia tienen distintos porcentajes de PI (3-10%).

Conclusión: La prevalencia de la PI es importante pero menor de la esperada. Ponemos de manifiesto determinantes de la PI, no conocidos, y susceptibles de ser mejorados.

ID 1844

ASOCIACIÓN ENTRE EL GASTO Y CONSUMO DE ANTIDIABÉTICOS Y EL BUEN CONTROL DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Amaia Latorre Ramos¹, Amanda López Picado¹,
Ricardo Samper Ochatorena²,
Antxon Apinaniz Fernández de Larrinoa³,
Felipe Aizpuru Barandiaran⁴, Javier Martínez Gorostiaga⁵

¹Hospital Universitario Araba. ²Organización Central de Osakidetza. ³Lakuabizkarra. ⁴Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu). ⁵Gerencia Comarca Araba.

Objetivo: Describir las tasas de consumo y el gasto farmacéutico por cupo de los medicamentos empleados en el tratamiento sistémico de la diabetes (antidiabéticos orales (AO) e insulinas). Analizar la asociación entre el consumo y el gasto de estos medicamentos y el buen control de los pacientes.

Material y métodos: Estudio ecológico, transversal y descriptivo en 1395 cupos médicos en el País Vasco en 2011. La prescripción se calculó como dosis diaria definida (DDD) por cada 1.000 habitantes y día. Para determinar el buen control se utilizaron los Criterios de Buena Atención (CBA) establecidos en la oferta preferente para atención primaria (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2009). Se consideró buen control una TA $\leq 140/90$ (CBA6) y una hemoglobina glicada $\leq 7\%$ (CBA8).

Resultados: El consumo medio de fármacos para el tratamiento de la diabetes fue de $54,7 \pm 20,3$ DDD/1.000 hab/día, $10,9 \pm 4,9$ para los activos y $42,5 \pm 18,0$ para los pensionistas. El gasto medio por cupo y paciente activo fue de $4,5 \pm 2,4$ € y para pensionistas $36,4 \pm 13,6$ €. El porcentaje medio de pacientes de cada cupo bien controlados fue $27,8 \pm 12,2\%$ –hemoglobina glicada– y del $29,2 \pm 11,7\%$ –cifras de TA. No se observó asociación entre un mayor gasto y un correcto mantenimiento de las cifras de TA ($r = 0,036$; $p = 0,184$), y sólo una débil asociación con el porcentaje de pacientes con la Hb glicada por debajo del 7% ($r = -0,076$; $p = 0,005$).

Conclusión: El tratamiento de la diabetes supone un importante gasto y consumo de medicamentos principalmente por parte de los pensionistas. Los cupos que más metformina prescriben frente a todos los AO son aquellos que menor gasto tienen. En general, un bajo porcentaje de diabéticos están correctamente controlados, sin que se observe una clara asociación entre el gasto y el control conseguido.

Sesión Oral 10: Miscelánea I

ID 1818

INFLUENCIA DEL GRADIENTE SOCIOECONÓMICO EN LAS HOSPITALIZACIONES POTENCIALMENTE EVITABLES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA

Amiaia Latorre Ramos¹, Eduardo Millán Ortuendo², Berta Ibáñez Beroiz³, Kepa Latorre García⁴, Felipe Aizpuru Barandiaran⁵

¹Hospital Universitario Araba. ²Subdirección de Asistencia Sanitaria (Osakidetza). ³Hospital de Navarra. ⁴Unidad de Investigación de Atención de Primaria de Vizcaya. ⁵Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu).

Objetivo: Evaluar la asociación entre el nivel socioeconómico en las diferentes zonas de la Comunidad Autónoma Vasca (CAV) y las tasas de hospitalizaciones potencialmente evitables (HPE) para diabetes mellitus (DM), insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Material y métodos: Diseño ecológico transversal con datos de HPEs para DM, ICC y EPOC ocurridas en 2010-2011 en la CAV obtenidas del CMBD. Se ha identificado el cupo de Atención Primaria (AP) correspondiente a cada alta hospitalaria de EPOC e ICC registrada (1.361 y 1.997 cupos respectivamente). Para la DM se ha identificado su correspondiente Unidad de Atención Primaria (131 UAPs). La población cubierta es 2.005.851 habitantes. Para estimar el nivel socioeconómico se ha utilizado el Índice de Privación del proyecto Medea (en quintiles: Q1-Q5).

Resultados: El número de HPEs en la CAV para 2010-2011 fue 13.826 ingresos, de los cuales 7.926 fueron debidos a EPOC, 5.571 a ICC y 329 a DM. A más privación, se observa mayor diagnóstico de EPOC, DM e ICC (EPOC: 6,9% diagnosticados en Q1 a 11,5% en Q5, ICC: 0,75% a 0,92% y DM: 4,7% a 7,3%). Lo mismo ocurre para las tasas de HPE por cada 1.000 habitantes, aumentan en zonas con niveles socioeconómicos más bajos. La tasa media de HPE de EPOC en los cupos más favorecidos es 2,9, frente al 5,4 en los más desfavorecidos (razón = 1,9). Para ICC, la tasa pasa de 2,5 a 3,2 (razón = 1,3) y de 0,11 a 0,21 (razón = 1,9) en DM.

Conclusión: Pertenecer a zonas más desfavorecidas puede suponer duplicar las tasas de HPE para EPOC y DM y aumentar un 30% las de ICC. Sin embargo, se observa que es en estas áreas donde más se diagnostican estas patologías, por lo que debería estudiarse esta asociación y el óptimo control de los pacientes crónicos en AP.

ID 146

DISPOSICIÓN A PAGAR POR UN AVAC: LA EXPRESIÓN DE LAS PREFERENCIAS Y LA ACTITUD ANTE EL RIESGO

Jesús Martín Fernández¹, Elena Polentinos Castro², M^a Isabel del Cura González³, Gloria Ariza Cardiel⁴

¹Navalcarnero. ²UDM Atención Familiar y Comunitaria Norte.

³Unidad de Apoyo a la Investigación. ⁴UDM Atención Familiar y Comunitaria Oeste.

Objetivo: Evaluar la disposición a pagar (DAP) por un año de vida ajustado por calidad (AVAC) expresada por personas que acudían al sistema de salud con necesidad de cuidados, y la asociación de las características personales y la actitud ante el riesgo del sujeto, con su respuesta.

Material y métodos: Estudio transversal utilizando la metodología de la valoración contingente. Se incluyeron 662 sujetos extraídos por muestreo sistemático de los listados de citas de 23 centros de salud. Se estimó la DAP/AVAC a partir del estado de salud referido

por el propio sujeto, evaluado con la herramienta EuroQol-5D. La DAP fue explicitada a través de una pregunta cerrada con ofertas sucesivas. Se recogieron características demográficas, socioeconómicas y de utilización de servicios de salud. La actitud ante el riesgo se valoró mediante las "conductas de riesgo", el autoposicionamiento del sujeto, y a través de juegos de loterías. El análisis se realizó mediante modelos multinivel.

Resultados: Cuatrocientos cuarenta y nueve sujetos expresaban una salud no perfecta y fueron incluidos en el análisis. La expresión de la DAP/AVAC varió significativamente si se proponían pagos con dinero propio (media 10.119 € IC95%: 5.989-14.249 €) o mediante impuestos (media 28.187 €, IC95%: 19.933-36.441 €). La renta familiar, la renta de la zona, un mayor nivel de estudios, hacer más uso de servicios sanitarios o el número de convivientes, se asociaron con una mayor DAP/AVAC. La edad y el género femenino se asociaban con una DAP/AVAC menor. La actitud de propensión al riesgo se asociaba de forma independiente con una mayor DAP/AVAC mediante dinero de bolsillo, pero no mediante impuestos.

Conclusión: La DAP/AVAC varía sensiblemente en nuestro medio dependiendo de las características demográficas y socioeconómicas del sujeto, pero también dependiendo de su actitud ante el riesgo. La evaluación de las preferencias de los pacientes derivadas de estos estudios puede ser de interés para la planificación en salud.

ID 187

¿CÓMO VE EL PERSONAL FACULTATIVO DE ATENCIÓN PRIMARIA A SUS JEFES?

Joan Carles March Cerdà, Inmaculada García Romera, Alina Danet Danet

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Objetivo: Conocer las opiniones del personal facultativo de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud sobre sus responsables de equipo.

Material y métodos: Estudio exploratorio cuantitativo con un cuestionario de elaboración propia sobre clima emocional, liderazgo y comunicación. Población de estudio: la totalidad del personal facultativo de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud. Técnica de recogida de datos: cuestionario formado por 22 preguntas (en escala Likert que oscila entre -5, la valoración más baja y +5, la puntuación más alta) y datos sociodemográficos. Análisis cuantitativo descriptivo, comparación de medias y estudios de correlación. Variables de estudio: índice total de liderazgo (sumatorio de las 5 dimensiones de liderazgo contempladas) y dimensiones del liderazgo (apoyo, información, participación, definición de funciones, valoración general), sexo, edad, años de experiencia en el equipo.

Resultados: Descripción de la muestra: 2.654 facultativos, el 52% son hombres. La media de edad es 49 años y la experiencia media 6,9 años. Índice total de liderazgo: media de 14,76 puntos (escala -50, +50). La media de las mujeres es de 15,13 puntos (hombres 14,41 puntos). Los grupos de edad con mejores valores son: 30-40 años (16,59 puntos) y > 60 (15,02 puntos), $r < 0,05$. La mejor valoración recae en el personal con 0-1 años de experiencia (15,85 puntos) y > 20 años en los equipos (15,23 puntos). Dimensiones del liderazgo: el apoyo y la información son los factores mejor valorados. Las mujeres tienen una percepción superior en todas las dimensiones. El grupo de edad que mejor valora a sus responsables es de 30 a 40 años, mientras que la experiencia < 1 años también conlleva una mejor evaluación de los/as líderes.

Conclusión: Es preciso favorecer estrategias de liderazgo orientadas a una mayor participación e implicación de los profesionales en el equipo y estudiar los condicionantes del concepto "buen líder" que éstos manejan.

ID 818

HOSPITALIZACIONES EVITABLES MEDIANTE AMBULATORY CARE SENSITIVE CONDITIONS DURANTE EL AÑO 2011 EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

Francisco Javier Pérez Romera¹, Jessica Robles Martín¹, Pamela Garzón Prados², Francisco Javier Ruiz Centeno³, Pilar Gutiérrez Cuadra³, María Ángeles Bonillo García¹

¹UGC La Mojonera. ²UGC Gran Capitán. ³Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Objetivo: General: estudiar prevalencia de las Hospitalizaciones Evitables (HE) mediante Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) identificadas en 2011 en una Unidad de Gestión Clínica (UGC) Urbana. Específicos: estudiar distribución de HE de la unidad según edad, sexo y diagnósticos principales. Comparar prevalencias de HE por grupos diagnósticos. Identificar áreas de mejora en la capacidad resolutoria de la unidad.

Material y métodos: Diseño: estudio de una serie de casos retrospectiva. *Ámbito de realización:* UGC de Atención Primaria urbana y Hospital de referencia. Fuentes de datos: Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de 2011. Criterios de selección de la muestra: Ingresos en el Hospital durante el año 2011 diferenciando entre: Ingresos procedentes de nuestra unidad. Ingresos procedentes del resto de unidades que tienen el mismo hospital de referencia. Análisis de datos: estudio descriptivo de las variables: diagnóstico de alta, edad, sexo, procedencia del ingreso y HE/ACSC. Estudio analítico: test de comparación de dos proporciones de muestras independientes para las prevalencias de HE en ingresos procedentes de la UGC con respecto al resto de ingresos.

Resultados: El porcentaje de HE en el hospital es de 15,7% (en nuestra unidad del 12,4% y en el resto de 15,9%). En la distribución por sexos predominan los hombres (56,6%) y en la de tramos de edad los mayores de 60 años (75%). Los grupos diagnósticos más frecuentes son enfermedad cardio-hipertensiva (24%), insuficiencia cardiaca (20%), neumonía (15%) y EPOC/bronquitis (9%).

Conclusión: Las HE de nuestra unidad presentan un valor inferior al resto de ingresos del Hospital de referencia. La distribución por sexo y edad es similar al resto de unidades. La implantación de áreas de mejora en la capacidad resolutoria deberá tener en cuenta las HE más prevalentes: enfermedad cardio-hipertensiva, insuficiencia cardiaca, neumonía y EPOC/bronquitis.

ID 1343

EFFECTO DE LA INTERVENCIÓN DE UN FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN ANCIANOS POLIMEDICADOS

Mateu Serra Prat¹, Inés Gozalo Esteve², David López Faixó², Miquel Àngel Martínez Adell³, Esther Limón Ramírez⁴, Lluís Campins Bernadas²

¹CSDM. ²Hospital de Mataró. ³ABS Argentona. ⁴CAP 7 Mataró.

Objetivo: Evaluar la efectividad de la intervención de un farmacéutico de atención primaria para mejorar la adecuación y la seguridad del tratamiento farmacológico en las personas ancianas polimedicadas.

Material y métodos: Ensayo clínico aleatorizado, abierto, multicéntrico y con dos ramas de intervención. Población: ancianos de la comunidad de 70 años o más que reciben 8 o más medicamentos. Intervención de estudio: el farmacéutico de atención primaria re-evaluó todos los medicamentos prescritos con la ayuda de los criterios STOPP/START, Beers y/o CatSalut y presentó al médico de cabecera sus recomendaciones. Intervención control: procedimiento habitual. Principales medidas del resultado: a) medicamentos discontinuados, cambiados o con cambio de dosis, b) consultas urgencias e ingresos hospitalarios y c) complicaciones

de las enfermedades de base. Controles de seguimiento a los 3 y 6 meses.

Resultados: Se reclutaron 252 pacientes en el grupo intervención y 251 en el grupo control. Los dos grupos eran comparables en edad, sexo y comorbilidades. Inicialmente la media de medicamentos prescritos/paciente era de 10,85 en el grupo intervención vs 10,90 en el grupo control ($p = 0,894$), a los 3 meses era de 10,33 vs 10,96 ($p = 0,027$), y a los 6 meses de 10,05 vs 10,90 ($p = 0,002$), respectivamente. A los 6 meses, se había discontinuado alguna medicación al 77,0% de los individuos del grupo intervención y al 44,2% de los del grupo control ($p < 0,001$), se había cambiado de dosis al 57,5% vs 25,1% ($p < 0,001$) y se había cambiado algún medicamento por otro en el 43,3% vs 25,1% ($p < 0,001$), respectivamente. No se observaron diferencias significativas en el nº de muertes, ingresos hospitalarios, visitas a urgencias y complicaciones de las enfermedades de base a los 3 y 6 meses entre los grupos de estudio.

Conclusión: La intervención de estudio permite reducir el nº total de medicamentos prescritos (en aproximadamente un 7,4%) sin que ello conlleve un mayor riesgo en estos pacientes.

ID 1824

TELEMEDICINA EN ATENCIÓN PRIMARIA: OPINIÓN DEL PROFESIONAL

M. Dolors Ruiz Morilla¹, Alba Soldevila Fontelles², Marco Paredes Alvarado², Francesc Saigi Rubio³, Nuria Giménez Gómez⁴

¹CAP Turó de Can Mates. ²CAP Sant Cugat.

³Universitat Oberta Catalunya. ⁴Sant Cugat del Vallès.

Objetivo: La actitud de los profesionales hacia nuevas formas de asistencia basadas en tecnologías actuales es clave para la adopción con éxito de sistemas de telemedicina. El objetivo del estudio fue identificar y caracterizar entre los profesionales sanitarios de atención primaria los diferentes perfiles de utilización de tecnologías de la información y comunicación (TIC) e internet y los factores que influyen sobre la implantación de la telemedicina.

Material y métodos: Diseño: estudio descriptivo. *Ámbito de realización:* 9 centros de salud. Criterios de selección: médicos y enfermeras en activo que voluntariamente autocumplimentaron el cuestionario. Número de sujetos incluidos: 103. Participación: 26% de la población. Intervenciones: se diseñó un cuestionario, se realizó una validación técnica y una prueba piloto. Distribución: abril-junio 2012. Variables y métodos de evaluación de la respuesta: la variable principal fue ser usuario habitual de TIC. Cuestionario: 5 secciones y 23 variables. Análisis estadístico: descriptivo y bivariado. Variables escaladas de 1-10 (de menos a más). Limitaciones: se analizan percepciones y opiniones. Aspectos ético-legales: estudio aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica.

Resultados: Coeficiente alfa-Cronbach = 0,819. Mujeres 74%. Edad media: 41 años. Médicos: 70%. Enfermería: 30%. Utilizaba internet habitualmente: 88% y de éstos 98% usaba correo electrónico en el trabajo: para comunicarse con otros profesionales (91%) y con pacientes (30%). Utilidad de la telemedicina: la mayor puntuación fue para la frecuentación en la consulta presencial = 7,44 puntos. Factores necesarios para introducir la telemedicina: la mayor puntuación fue para un equipo tecnológico adecuado = 7,75 puntos. La mayor preocupación sobre la telemedicina fue disponer del tiempo necesario = 6,94 puntos.

Conclusión: La opinión de los profesionales sanitarios hacia la telemedicina es favorable. Entre los beneficios destacaron la confianza en disminuir la frecuentación, y entre los temores resaltaron poder disponer de la tecnología adecuada y de tiempo específico para atender consultas telemáticas.

ID 2016

ESTUDIO DE LAS VISITAS ESPONTÁNEAS A DOMICILIO DURANTE UN AÑO EN UN CENTRO DE SALUD

Asha Vasudeva, Nuria Sanfeliu Soto, Luis Solsona Díaz, Jean Carlos Gómez Nova, Johan Josué Villarreal Miñano

ABS Florida Nord.

Objetivo: 1. Conocer las características de los pacientes que demandan domicilio espontáneo. 2. Estudiar la relación entre visitas a domicilio y factores sociosanitarios.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los domicilios espontáneos. Período: 01/01/2011-31/12/2011. Centro de salud urbano, atiende 19.611 mayores 14 años. Variables: edad, sexo, hábitos tóxicos, convivientes, desplazados, patologías asociadas, número visitas/año, inclusión o no programa atención domiciliaria (ATDOM), motivo consulta, tipo resolución tras contacto telefónico y plan terapéutico.

Resultados: 437 pacientes solicitaron 645 visitas: Mujeres 279 (64%), edad $73,9 \pm 17,11$ años, visitas/año $1,42 \pm 0,94$; Hombres 158 (36%), edad $71,8 \pm 17,6$ años, visitas/año $1,59 \pm 1,76$. Ambos sexos: número patologías asociadas $2,97 \pm 1,55$. 357 pacientes (81,7%) < 5 visitas/año y 80 (18,3%) ≥ 5 visitas/año. Casados/pareja 132 (30%), viudos 65 (15%), solteros 13 (3%), no consta 227 (52%); ATDOM 127 (29%); de éstos 82 (19%) fueron visitados por médico de familia /enfermera los 3 meses anteriores. Fumadores 59 (13,5%), Alcoholismo 22 (5%). Patologías asociadas: HTA 309 (71%), osteomuscular 249 (57%), cardiovascular 172 (39%), Diabetes mellitus 131 (30%), psiquiátrica 110 (25,2%), EPOC/Asma 92 (21%), neoplasias 54 (12,4%), sin patología asociada 7,8% (34). 289 (66,2%) tenían 3 o más patologías asociadas: 106 (24%) 3 patologías, 103 (23%) 4 y 59 (13,5%) 5. Vivían acompañados 219 (59%), solos con soporte 22 (5%), solos 17 (3,9%). Motivos consulta: Patología aguda 500 (77,5%): respiratoria 139 (22%), osteomuscular 107 (17%), digestiva 84 (13%), ORL 48 (7,4%), neurológica 44 (6,8%); Patología crónica 73 (8,8%): respiratoria 16 (2,5%), osteomuscular 22 (3,4%); Otros 11,2% (72). 43 pacientes (7%) habían tenido un ingreso hospitalario reciente. Tras contacto telefónico se realizaron 466 domicilios (72%), en 116 (18%) resolución telefónica y 50 (8%) acudieron al CS. En 415 (64%) tratamiento farmacológico, 13 (21%) derivación hospital y 28 (4,3%) derivación a su médico. Se observó más visitas en pacientes con 5 o más patologías asociadas ($p = 0,02$). No diferencias entre número visitas y tipo de convivencia, motivo consulta agudo/crónico, tipo de resolución tras contacto telefónico y plan terapéutico.

Conclusión: 1. Paciente que solicita domicilio espontáneo: mujer de 74 años, con soporte familiar, sin hábitos tóxicos, con patología crónica asociada no descompensada y no incluida en programa ATDOM. 2. El contacto telefónico previo al domicilio espontáneo evitaría un 25% de domicilios.

ID 613

SALUD 2.0: CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE INFORMADO A TRAVÉS DE INTERNET

Gemma Rovira Marcelino, Beatriz Jiménez Muñoz, David Bottaro Parra, Diana Elizabeth Fernández Valverde, Rosa Monteserín Nadal, Gastón Ezequiel Vázquez Pirillo

EAP Sardenya.

Objetivo: Definir el perfil del paciente que realiza búsquedas en Internet sobre temas de salud.

Material y métodos: Estudio observacional. Se incluyeron 418 participantes, mayores de 14 años, seleccionados aleatoriamente de entre los pacientes visitados en un centro de atención primaria de ámbito urbano durante el año 2012. Todos rellenaron una encuesta autoadministrada. Los resultados se expresan en media y desviación típica.

Resultados: El 55,3% de los participantes eran mujeres. La edad media fue de 49 años ($\pm 19,09$). El 68,9% de los encuestados realizaban búsquedas de todo tipo en Internet y un 53,6% lo hacían sobre temas de salud para sí mismos y/o para otras personas. Los participantes que realizaban búsquedas sobre temas de salud en la red eran significativamente más jóvenes que los que no lo hacían (39 vs 61 años, $p < 0,001$). El uso de Internet a tales fines aumentaba significativamente según el nivel de estudios ($p < 0,001$), alcanzando el 85,2% en los participantes con estudios superiores. No hubo diferencias en cuanto a sexo. Entre los que no utilizaron Internet para búsquedas sobre salud, las causas principales alegadas para no hacerlo fueron en un 43,8% la falta de interés o de necesidad al respecto y en un 46,4% la incapacidad de uso y/o acceso a un ordenador. Sin embargo, de estos últimos, únicamente el 26,8% realizaría búsquedas sobre salud en la red si tuviera la oportunidad o el conocimiento para ello.

Conclusión: Más de la mitad de nuestros pacientes realizan búsquedas en Internet sobre temas de salud. El perfil de estos pacientes es de personas jóvenes con estudios. Las principales barreras para no utilizar Internet a tales fines son la falta de interés al respecto, la edad avanzada y la falta de ordenador y/o de conocimientos informáticos.

ID 769

CONCORDANCIA ENTRE LA DECLARACIÓN DE HORAS DE DESCANSO Y SU REGISTRO OBJETIVO EN POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS

José Ramón Garmendia Leiza¹, María Dolores Aguilar García², Jesús María Andrés de Llano³, Margarita del Bosque Lesmes⁴, Roberto Prieto Sanz⁵, Isaías del Rosario Guerrero¹

¹Jardinillos. ²La Puebla. ³CA Palencia. ⁴Residencia de Personas Mayores. ⁵Centro de Personas Mayores Puente de Hierro.

Objetivo: Investigar los horarios de acostarse y levantarse de los pacientes mayores de 65 años y mostrar su concordancia con las horas de descanso manifestadas en una entrevista estructurada a dichos pacientes.

Material y métodos: 273 pacientes mayores de 65 años (142 institucionalizados y 131 en domicilio propio). Estudio prospectivo sin intervención con casos y controles. Los sujetos son monitorizados con un actígrafo Actigraph GT3x en la muñeca dominante para el registro continuo del ciclo descanso/actividad durante 24 horas $\times 7$ días. Son interrogados sobre horarios habituales de acostarse/levantarse. Análisis por medio de test paramétricos (t Student) o no paramétricos (U de Mann-Whitney) con el fin de determinar las diferencias entre los grupos según el ámbito de residencia.

Resultados: Edad media $83 \pm 7,93$ años. Los pacientes institucionalizados se acuestan a las 22:13h. Los que viven en domicilio propio a las 23:38h ($p < 0,001$). La hora de levantarse son las 7:55h y las 8:53h respectivamente ($p < 0,001$). El tiempo medio de descanso es de 9h42' y 9h15' respectivamente. En la representación gráfica se observa un decalaje en la hora de acostarse de casi 2h entre ambos grupos y casi una hora en la hora de levantarse. En el registro actigráfico, no se observaron diferencias significativas en los parámetros analizados comparando los ámbitos de residencia. La duración media de sueño efectivo fue 6,61 y 6,69h ($p = 0,66$) respectivamente, mostrando gran discordancia con las horas totales de sueño manifestadas en la encuesta.

Conclusión: Los horarios de sueño presentan un desplazamiento importante entre los pacientes institucionalizados y los que residen en domicilio propio. Los primeros se acuestan y levantan antes. Esta diferencia puede deberse a la rigidez horaria en las instituciones cerradas. El registro actigráfico muestra que la cantidad total de sueño efectivo en ambos casos es similar pero alejada de la percepción subjetiva de encamamiento y descanso.

ID 776

DIFERENCIAS EN LA INFLUENCIA DEL EJERCICIO SOBRE LA CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES ANCIANOS SEGÚN SU ENTORNO DE RESIDENCIA

José Ramón Garmendia Leiza¹, María Dolores Aguilar García², Ana María Pernia Sánchez¹, Marta Moral Blanco¹, Almudera Paredes García¹, Susana Alberola López¹

¹EAP Jardínillos. ²La Puebla.

Objetivo: Determinar la influencia del ejercicio moderado sobre el patrón de sueño en pacientes ancianos y compararlo según su ámbito de residencia.

Material y métodos: 142 pacientes mayores de 65 años institucionalizados y 131 en domicilio propio. Estudio prospectivo sin intervención con casos y controles. Sujetos monitorizados con un actígrafo Actigraph GT3x durante 24 horas $\times$ 7 días. Se registra si realizan ejercicio físico regular (al menos 30 minutos diario). Los patrones de sueño son establecidos con el algoritmo de Sadeh y son analizados por medio de test paramétricos (t Student) o no paramétricos (U de Mann-Whitney). Se analizan por separado los periodos de sueño en días laborables, festivos y globalmente.

Resultados: Edad media $85,25 \pm 6,71$ vs $80,59 \pm 8,44$ años. El porcentaje de sujetos que realizaban ejercicio físico regular diario fue de 35,2% en los institucionalizados y 66,4% en los domiciliados. En el análisis global del registro semanal (incluyendo laborables y festivos) no hay diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los parámetros analizados en los ancianos institucionalizados. Los que viven en domicilio propio muestran menor tiempo total de sueño en los activos (399 min/d vs 409 min de los sedentarios, $p = 0,67$). No hay diferencias en el resto de parámetros analizados. En el análisis de los días laborables en institucionalizados, los ancianos activos duermen más (6,61h vs 6,36h de los sedentarios, $p = 0,32$), con mayor número de despertares (21 vs 16,8 $p = 0,011$) pero menor eficiencia global y porcentaje de sueño tranquilo ($p = 0,045$ y $p = 0,037$ respectivamente). En los ancianos con domicilio propio no hay diferencias significativas. El análisis de los mismos parámetros en días festivos, demostró que no había diferencias en función del ejercicio realizado, ni en los pacientes institucionalizados ni en los que viven en domicilio propio.

Conclusión: El ejercicio regular en ancianos es una actividad más frecuente en la población que vive en domicilio propio respecto a la institucionalizada probablemente debido a la elevada edad de los segundos. No se observan diferencias clínicamente significativas entre los pacientes que realizan ejercicio regular y los más sedentarios, independientemente de su ámbito de residencia.

transversal. Población: muestra estratificada por CCAA de 245 CS y 7410 profesionales de AP de las 17 CCAA. Variables: edad, sexo, categoría, puesto de responsabilidad, número de tarjetas sanitarias (TSI) y 15 dimensiones de la cultura de SP. Se define el índice sintético de seguridad del paciente (ISSP) como la media de las puntuaciones de las preguntas que integran las dimensiones. Calculamos la media y el IC95% de cada dimensión del ISSP, con rango de 1 a 5 en todos los casos. Consideramos percepción positiva la puntuación > 3 y claramente positiva si es ≥ 4 . Se analiza la relación entre puntuaciones de cada dimensión y variables socio-profesionales mediante el coeficiente de correlación, t de Student y ANOVA.

Resultados: Participaron 215 CS (87,75%) y 4.344 profesionales (56,16%); 70,7% mujeres y 29,3% varones. Edad media de 47,0 años (46,7-47,3). Son médicos el 42,2%, enfermeros el 34,9%, y no sanitarios el 18,0%. El 8,8% ocupan puesto de responsabilidad. El 43,5% tienen 1.500-2.000 TSI. El ISSP es de 3,72 (3,70-3,73). Todas dimensiones alcanzan puntuaciones > 3 , excepto "Ritmo y carga de trabajo" (2,76). Analizando el ISSP se observa una percepción más positiva en SP en las mujeres (3,74; 3,72-3,75), enfermería (3,76; 3,73-3,78), los profesionales con puesto de responsabilidad (3,84; 3,80-3,88), el grupo de 56-69 años (3,76; 3,73-3,80) y los profesionales con cupos de < 1.000 TSI (3,82; 3,78-3,87).

Conclusión: Los profesionales perciben una buena SP en sus CS, de forma global y en las diferentes dimensiones valoradas, excepto en "ritmo y carga de trabajo".

ID 633

VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE LAWTON Y BRODY

Itziar Vergara Micheltorena¹, Amaia Bilbao González², Susana García Gutiérrez³, Miren Orive Calzada³, Gema Navarro Rubio⁴, José María Quintana López³

¹Unidad de Investigación Ap-Osis Gipuzkoa. ²Universitario Basurto.

³Galdakao-Usansolo. ⁴Corporació Sanitària Parc Taulí.

Objetivo: Valorar la validez, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio de la escala Lawton y Brody.

Material y métodos: La validación se basó en los resultados de una cohorte prospectiva de 1.965 sujetos de 65 o más años que habían sufrido fractura traumática de cadera o muñeca. Todos fueron seguidos durante seis meses para estudiar su modificación funcional. Para valorar la fiabilidad se empleó el coeficiente alfa de Cronbach. El análisis factorial exploratorio (AFE) y confirmatorio A (AFC) exploraron la validez estructural. La validez convergente y la discriminante se examinaron estudiando la correlación de esta escala con el índice de Barthel, el cuestionario SF-12, y dos cuestionarios de funcionalidad de cadera y muñeca, respectivamente. La validez de grupos conocidos se estudió comparando las puntuaciones de la escala entre grupos definidos según edad y autonomía. La sensibilidad al cambio se midió mediante el tamaño del efecto estandarizado (SES) y la media de la respuesta estandarizada (SRM). La escala se aplicó en su integridad independientemente del sexo del sujeto.

Resultados: La edad media fue 80,04 (DE 8,04). El coeficiente alfa de Cronbach fue 0,94. En el AFE, los pesos factoriales oscilaban entre 0,67 y 0,90 y el AFC mostró un único factor, confirmando la validez estructural. En relación a la validez convergente, todos los coeficientes de correlación fueron superiores a 0,40. Se observaron diferencias significativas entre los grupos definidos. La sensibilidad al cambio mostraba cambios de moderados a grandes (SES = 0,79, SRM = 0,84) entre los pacientes que empeoraron a lo largo del estudio. Estos resultados permanecían estables en hombres y mujeres.

Conclusión: Se confirma que la versión española de la Escala de Lawton y Brody es un instrumento fiable y válido para la valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria y se sugiere

Sesión Oral 11. Miscelánea II

ID 1234

¿CUÁL ES LA PERCEPCIÓN QUE ACERCA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE TIENEN LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA?

Guadalupe Olivera Canadas¹, María Luisa Torijano Casalengua², José Ángel Maderuelo Fernández¹, Carmen Silvestre Busto³, María Pilar Astier Peña⁴

¹Gerencia de Atención Primaria. ²Gerencia Área Integrada.

³Comarca Gipuzkoa. ⁴Caspe.

Objetivo: Determinar la cultura de seguridad del paciente (SP) de los profesionales de atención primaria en España.

Material y métodos: Cuestionario de la Agency Health Research Quality adaptado y validado en nuestro ámbito. Estudio descriptivo

valorar la conveniencia de la aplicación reducida de la misma a los hombres.

ID 811

INMIGRACIÓN EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA. CONSUMO DE SERVICIOS SEGÚN SITUACIÓN ADMINISTRATIVA Y TIEMPO DE ASENTAMIENTO

Ángel Alberquilla Menéndez-Asenjo¹, M^a José Gil de Pareja Palmero², Caridad Arias Macías³, Ana Belén Domínguez Madueño⁴, Margarita Romero Martín⁵

¹Unidad Docente Atención Familiar y Comunitaria Centro.

²Hospital Universitario 12 de Octubre. ³Universidad San Pablo-Ceu. ⁴Dirección Técnica Sistemas de Información.

⁵Universidad Complutense de Madrid.

Objetivo: Identificar posibles diferencias de consumo de servicios en atención primaria (AP) entre población inmigrante en función del periodo de asentamiento y situación administrativa.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo trasversal en un área sanitaria de AP durante 2009. Estudiamos los pacientes de origen extranjero (POE) atendidos por todos los médicos de familia del ámbito de estudio. Se estratifican según situación administrativa en irregulares (IR), regularizados (R) y nacionalizados (N) y conforme al tiempo de asentamiento hasta 5 años ($\leq 5a$), entre 6 y 10 (6-10a) y más de 10 años ($> 10a$). Fuentes de información: Historias Clínicas Electrónicas y Base de datos de Tarjeta Sanitaria. Se establecen los consumos medios de visitas (Nº) y farmacia (€). Se agrupan los pacientes en Grupos Clínicos Ajustados (ACG[®]) para poder ajustar consumos por casuística.

Resultados: 591 médicos de familia atendieron un total de 546.550 pacientes. De ellos un 20,24% (110.609) fueron POE. Según tiempo de asentamiento: $\leq 5a$. 39,93%; 6-10a. 50,62%; $> 10a$. 9,34%. Administrativamente 20,08% IR; 55,95% R y 23,97% N. Hay correlación entre el tiempo de asentamiento y regularización administrativa ($\leq 5a$. IR 38,28%; N 4,59%. 6-10a. IR 9,36%; N 28,92%. $> 10a$. IR-0,33%; N 80,01%). Los consumos medios observados se relacionan con las variables comentadas. Mayor consumo a más tiempo de asentamiento y mayor grado de regularización de visitas [IR 6,66 ($\pm 0,09$); R 8,33 ($\pm 0,05$); N 9,62 ($\pm 0,11$); $\leq 5a$ 6,87 ($\pm 0,06$); 6-10a 8,46 ($\pm 0,07$); $> 10a$ 10,29 ($\pm 0,20$)] y farmacia (€) [IR-46,74 ($\pm 3,32$); R 80,46 ($\pm 2,05$); N 132,90 ($\pm 4,99$); $\leq 5a$ 43,31 ($\pm 1,94$); 6-10a 73,46 ($\pm 2,44$); $> 10a$ 204,68 ($\pm 10,42$)]. Estas diferencias estadísticamente significativas y tendencias se mantienen tras ajustar por edad, sexo y casuística.

Conclusión: Un mayor periodo de asentamiento y un mayor grado de regularización incrementan el consumo de recursos de atención primaria por los POE. El hecho de la nacionalización y un asentamiento por más de 10 años aproxima los perfiles de consumo a los de la población autóctona.

ID 1231

EVALUACIÓN DE UNA CONSULTA DE CRIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Sandra González Sánchez, Cristina de Prado Lacueva, Marta Castelló Alonso

CAP La Mina.

Objetivo: Evaluación de eficacia, tolerancia, seguridad y satisfacción de la técnica de crioterapia con óxido nítrico en una consulta de Atención Primaria.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional trasversal realizado en centro de salud urbano. Se incluyen todos los pacientes tratados en consulta de crioterapia en sus 2 años de funcionamiento ($n = 311$). Se analizan datos demográficos, patología tratada, número de sesiones realizadas y derivación a Dermatología. Se rea-

lizó encuesta telefónica para valorar grado de satisfacción, efectos adversos y eficacia del tratamiento.

Resultados: Se analizaron 311 pacientes, 179 (57,6%) mujeres, media de edad 48,8 (DT 19,93) años. Las lesiones tratadas fueron verrugas vulgares 113 (36,3%), acrocordones 82 (26,4%), queratosis seborreicas 55 (17,7%), verrugas plantares 35 (11,3%), queratosis actínicas 10 (3,2%) y otras lesiones 16 (5,1%). Por edades, la patología más frecuente ($p < 0,001$) en menores de 30 años fueron verrugas vulgares (31;48,4%) y verrugas plantares (17;26,6%); de 31 a 60 años fueron acrocordones (56;36,8%) y verrugas vulgares (54;35,5%); en mayores de 60 años fueron queratosis seborreicas (30;36,8%) y verrugas vulgares (28;29,5%). Las queratosis actínicas se presentaron sólo en mayores de 70 años. Por sexos, no se observan diferencias estadísticamente significativas en el tipo de lesión. Precizaron de media 1,64 (DT 1,65) sesiones de tratamiento. No acudieron a visita de seguimiento 26 (8,4%), de los cuales 14 (53,8%) presentaban verrugas vulgares. Fueron remitidos a Dermatología 7 (2,3%). Se realizaron 58 encuestas, 30 (51,7%) eran mujeres, media de edad 51,83 (DT 20,46) años. En escala del 0 al 10 calificaron las molestias post-tratamiento de 1,36 (DT 2,24), no presentaron ninguna molestia 39 (67,2%). Refirieron desaparición completa de la lesión 49 (84,5%). El grado de satisfacción del servicio en escala del 0 al 10 fue de 9,26 (DT 1,38). El 100% de encuestados volvería a hacer este tratamiento si fuese necesario.

Conclusión: La crioterapia es eficaz en la mayoría de las lesiones tratables mediante esta técnica, siendo bien tolerada, de fácil manejo y con una buena accesibilidad.

ID 1799

SOLICITUD DE NIVELES DE VITAMINA D. ¿EN QUIÉN Y PARA QUÉ?

Maialen Arizti Romero¹, Oihane Azua García², Iban Corredra Rilo³, Saioa Iragi Olabarria⁴, Irune Isasi Castresana⁵, Ángela Torre Tueda⁶

¹Zamudio (Txorierri). ²Rekalde. ³Txoriherri.

⁴Gorliz. ⁵Las Arenas. ⁶Algorta.

Objetivo: Ante el aumento de solicitudes de analítica de niveles de vitD, nos hemos propuesto: evaluar la variabilidad entre los profesionales. Conocer el perfil del paciente al que se le solicita la VitD. Analizar los niveles encontrados. Describir la actitud terapéutica posterior y seguimiento.

Material y métodos: Diseño: descriptivo transversal. Ámbito: Comarca sanitaria de AP. Sujetos: médicos. 129 profesionales y número solicitudes durante 2011. Pacientes. 1.978 a los que se ha pedido VitD. Muestra aleatoria 444 pacientes. Mediciones: Centro y médico solicitante. Pacientes: variables demográficas. Niveles de vitD. Actitud terapéutica. Seguimiento y controles posteriores. Análisis estadístico. Programa SPSS v. 19.

Resultados: Médicos: la mayoría de los profesionales (80%) pide menos de 10 analíticas al año (el 16% de la totalidad). Mientras que el 20% de los facultativos solicitan la mayoría (84% de las analíticas). Pacientes: edad media 62 años. 76,7% mujeres y 23,3% hombres. Niveles de vitD: con deficiencia (< 20) el 39,3%. Con potencial riesgo (> 50) el 7,2%. Mayor deficiencia en hombres y edad avanzada ($p < 0,05$). Actitud terapéutica: de los 172 pacientes con deficiencia, el 57% fueron tratados con VitD y el 14% con Calcio + VitD. No tratados el 29,1%. Los que tenían Valores de > 50 , seguían posteriormente tratados el 78,1%. Controles posteriores: se hizo control analítico al 58,7% de los pacientes con deficiencia (al 73% si contamos solo los que estaban tratados). También se hicieron controles posteriores al 57,6% a los pacientes que tenían valores normales.

Conclusión: Una minoría de facultativos solicita la mayoría de las analíticas. Más de un tercio de los pacientes tienen deficiencia y casi un tercio no son tratados. Es necesario revisar los ttos en los que tienen niveles altos. Se hacen muchos controles innecesarios.

ID 1903

REPERCUSIÓN DEL COPAGO Y RECORTE DE LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS EN LA DEMANDA ASISTENCIAL EN ANDALUCÍA

Ana del Río Caballero¹, María Rosa Ligeró Molina¹, Virginia López Fernández², Marta Urbanska³, M^a Victoria Alcaraz Martínez³, Joaquina Ramos Ayllón³

¹Trinidad Jesús Cautivo. ²CS Miraflores. ³Miraflores de Los Ángeles.

Objetivo: Evaluar la repercusión de la introducción del copago y recortes de las prestaciones farmacéuticas en la demanda asistencial en Andalucía.

Material y métodos: Diseño: estudio observacional descriptivo transversal. Emplazamiento: centros de salud urbanos de Málaga. Población y muestra: propio universo muestral, número de pacientes asistidos en consultas de Atención Primaria (médicos de familia y pediatras) de dos centros de salud urbanos. Intervención: comparación del registro del número de citas demandadas en 2 centros de salud de Atención Primaria para médicos de familia (MF) y pediatras desde la entrada en vigor del copago farmacéutico y el recorte en prestaciones farmacéuticas en Andalucía hasta diciembre de 2012. Estos datos se comparan con el mismo periodo de 2011.

Resultados: Para el CS 1, la media de demanda para MF del periodo 1 junio a 31 de diciembre de 2011 es 9.869,43 (10.592,41-12.263,01) y para pediatría es 1.558,29 (1.323,20-1.211,0), que comparada con el mismo periodo del año 2012 es 9.820,0 (7.182,35-9.728,8) con una $p = 0,006$ y 1.364,43 (1.111,74-1.617,12) con una $p = 0,03$ respectivamente. Para el CS 2 la media de la demanda para MF para 2011 es de 9.832,29 (9.031,39-10.633,18) que comparada con el año posterior es 9.027,57 (8.168-9.886,24), con una $p = 0,119$, siendo respectivamente para pediatría en 2011 1.671,43 (1.444,68-1.898,18) y para 2012 1.410,86 (1.135,45-1.686,26) con una $p = 0,099$.

Conclusión: En el CS 1 se ha modificado la demanda asistencial en el año 2012 desde la entrada en vigor de la nueva ley, encontrándose una disminución estadísticamente significativa en demanda para consulta de médicos de familia, respecto al mismo periodo de 2011. Sin embargo en el CS número 2 no se han obtenido resultados estadísticamente significativos. No se pueden analizar los resultados conjuntamente, ya que ambos centros de salud atienden poblaciones con diferencias sociodemográficas diferentes. En la población pediátrica no se han registrado modificaciones estadísticamente significativas de la demanda asistencial en ninguno de los centros de salud.

ID 2076

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN: A QUIÉN PREGUNTAMOS Y QUIÉN ACEPTA

Cristina Cabistán Arbiol¹, Óscar Solans Fernández², Josep Maria Bonet Simó³, M^a José Pérez Lucena⁴, Óscar Hernández Vian⁵, Clara Casanovas Pans⁶

¹Canaletes. ²ICS. ³Badia del Vallès. ⁴EAP Canaletes-EAP Serraparerera. ⁵Institut Català de la Salut. ⁶SAP Vallès Occidental.

Objetivo: Las técnicas de la información y de comunicación (TIC), incorporan un valor añadido al sistema sanitario. Para su aplicación necesitamos consentimiento informado (CI). Objetivos: conocer el perfil del paciente al que ofrecemos CI y conocer el perfil del paciente que acepta TIC para la comunicación sanitaria.

Material y métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito de realización: Atención Primaria. Criterios de selección: pacientes con médico asignado en nuestros centros de salud (CS). Tamaño de la muestra: Todos los sujetos asignados a CS del territorio. Variables: edad, sexo, nacionalidad, comorbilidad medida por CRG (Grupos de Riesgo Clínico), visitas médico, CS (según percentil

uso TIC). Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se utilizará t Student para variables cuantitativas, chi-cuadrado para cualitativas. Aplicaremos la corrección de Bonferroni. Aspectos ético-legales: participación voluntaria y firma CI, que establece cláusulas de los derechos del paciente.

Resultados: 437.238 pacientes. Ofrecimiento TIC al 13,9%. Se ofrece más a mujeres (17,2%) que hombres (10,5%), españoles (16,4%) que otras nacionalidades (11,7%), pacientes con alta comorbilidad (21,6%) que de baja (11,1%), > 39 años sobre menores y a los más frecuentadores, todos con $p < 0,01$. De 60.754 pacientes con ofrecimiento TIC, 79,9% aceptan. Más CI en CS con más uso TIC. Estadísticamente más aceptación en mujeres (81,9%) que hombres (76,6%), en sudamericanos (95,4%) que españoles (78,4%) y otras nacionalidades (79,9%), los pacientes con comorbilidad baja (88%) que con complejidad (64,3%) y < 65 años respecto al resto. Las personas con mayor frecuentación aceptaban menos TIC. Todos con $p < 0,01$.

Conclusión: Estamos ofreciendo las TIC a mujeres españolas, > 40 años, con alta comorbilidad y muy frecuentadoras, en cambio las mujeres sudamericanas de < 64 años, con baja complejidad clínica, son las que más aceptan TIC. Debemos establecer nuevas estrategias para conseguir más CI para el envío de información sanitaria en otros grupos de interés.

ID 2136

IMPACTO DE UNA CENTRAL DE COMUNICACIONES EN LAS VISITAS MÉDICAS PRESENCIALES

Óscar Solans Fernández¹, Josep Maria Bonet Simó², M^a José Pérez Lucena³, Cristina Cabistán Arbiol⁴, Óscar Hernández Vian⁵, Carlos Barea Gómez⁶

¹ICS. ²Badia del Vallès. ³EAP Canaletes-EAP Serraparerera.

⁴Canaletes. ⁵Institut Català de la Salut. ⁶SAP Vallès Occidental.

Objetivo: Conocer si una central de comunicaciones para el envío de analíticas normales disminuye las visitas de usuarios en las consultas médicas.

Material y métodos: Diseño: estudio antes-después. Ámbito de estudio: Centros de Salud (CS) urbanos. Población de estudio: usuarios con historia clínica informatizada (HC) abierta y médico asignado en CS. Tamaño de la muestra: estudio poblacional. Herramienta: Envío de mensajes móvil (SMS)/email desde HC de resultados de analíticas. Consentimiento informado (CI) del usuario para recibir información. Variables: edad, sexo, CS, médico asignado, comorbilidad (medida por Grupos de Riesgo Clínico (CRG)), número de visitas presenciales médico, CI, envíos, analítica, número de envíos por paciente. Evaluación de variables: 6 meses pre y post instauración de la herramienta. Análisis estadístico: estadística descriptiva. t de Student para comparación de medias entre dos categorías, chi cuadrado para la comparación de variables cualitativas. Las pruebas se realizarán con un nivel de confianza del 99%. Limitaciones: coexistencia de otros factores que puedan influir en la disminución de visitas.

Resultados: 8,3% de las analíticas realizadas enviadas por SMS/email (12.266 de 147.907) y 51.779 CI (12% de población asignada). Disminución de visitas de 4,8% antes/después de la puesta en marcha. Se dividieron los CS según el número de envíos realizados por los profesionales. Se establecieron tres grupos, percentil (p) 60, p30-60 y $p < 30$. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en reducción de visitas en centros de $p > 60$ (5,8%) respecto al resto de los grupos. Los pacientes con envíos, tienen mayor descenso de las visitas independientemente del grado de comorbilidad ($p < 0,01$).

Conclusión: En centros con alto número de envíos por profesional hay una clara disminución de visitas independientemente de la complejidad. Los pacientes con envíos realizados tienen un mayor descenso de visitas. Como consecuencia de estos resultados, hemos planteado ampliar la cartera de servicios.

ID 1846**ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO PARA EVALUAR LA EFECTIVIDAD DE LOS RECORDATORIOS ELECTRÓNICOS CLÍNICOS SINCRÓNICOS DIRIGIDOS A PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Manuel Medina Peralta¹, Leonardo Méndez Boo¹,
Ermengol Coma Redón¹, Eduardo Hermosilla Pérez²,
Josep M. Elorza Ricart², Sebastián Calero Munoiz¹

¹Institut Català de la Salut. ²IDIAP Jordi Gol.

Objetivo: Analizar la efectividad de un sistema de recordatorios electrónicos sincrónicos en la historia informatizada para mejorar la práctica clínica de los profesionales.

Material y métodos: Ensayo clínico aleatorizado a nivel de equipo de atención primaria (EAP) en 269 EAP. Se ha comparado entre un grupo control (2.230.334 pacientes) con feedback y listados de pacientes con una situación clínica mejorable, frente al de intervención (2.300.683 pacientes) donde se añaden recordatorios en la historia electrónica, visibles en el momento de la visita (3 subgrupos de intervención: 1) recordatorios sincrónicos (RS); 2) RS + marca en la agenda del día (RS+MA); 3) RS+MA + posibilidad de autoconfiguración por el profesional). Los recordatorios han sido creados sobre control de diabetes e hipertensión arterial, control lipídico en prevención secundaria, indicación de tratamientos en cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca, y actividades preventivas sobre tabaquismo y vacunaciones del adulto. La medida de resultado ha sido la resolución del recordatorio. El estudio ha mantenido en todo momento la confidencialidad de los pacientes y fue aprobado por el CEIC del IDIAP Jordi Gol.

Resultados: Al inicio del estudio se generaron 958.325 recordatorios (469.514 grupo control y 488.811 grupo intervención). El porcentaje de recordatorios resueltos a los cinco meses fue del 25,2% en global; 22,8% en los controles y 27,5% en intervención, cosa que representa un incremento del 20,7% [OR (IC95%): 1,29 (1,25-1,34); $p < 0,001$]. Además, se observó un gradiente entre los distintos grupos de intervención: el porcentaje de recordatorios resueltos fue de 26,8% en el grupo que sólo disponía de los recordatorios, de 27,8% en el que también tenía recordatorios en la agenda y de 28,0% en el que además podía configurarlos.

Conclusión: Los recordatorios sincrónicos en la historia informatizada mejoran la resolución de situaciones clínicas mejorables.

ID 859**VALIDACIÓN DEL ÍNDICE PROFUND EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Pilar Bohórquez Colombo¹, Ana Cristina Cuberos Sánchez²,
María José García Lozano¹, Beatriz Pascual de la Piza¹,
M^a Ángeles Ortiz Camúñez¹, Dolores Nieto Martín³

¹Camas. ²UI Distrito Sanitario Aljarafe Sierra Norte.

³Virgen del Rocío.

Objetivo: Validar el índice PROFUND (índice pronóstico de mortalidad en pacientes pluripatológicos (PPP) hospitalizados. 9 variables: demográfica (edad ≥ 85 años); 5 clínicas (neoplasia activa, demencia, disnea (III-IV de la NYHA y/o MRC), delirium en el último ingreso hospitalario); analítica (Hb < 10); 2 de valoración funcional-sociofamiliar (Escala de Barthel < 60 ; Cuidador diferente al cónyuge) y asistencial (≥ 4 hospitalizaciones en el último año)), en PPP en AP a 2 años.

Material y métodos: Longitudinal prospectivo multicéntrico. Sujetos: adultos con criterio de PP, consentimiento a participar. N = 446 ($p = 20\%$; $\alpha = 5\%$; $\beta = 99\%$); muestreo aleatorio simple. Variable dependiente: mortalidad a 2 años. Variables independientes: sociodemográficas, clínicas, antropométricas, analíticas, prescripción, valoración funcional, cognitiva, sociofamiliar y uso de recur-

sos sanitarios. Fuente de datos: Entrevista estructurada presencial e historia clínica. Análisis estadístico uni y bivariado. Validación del índice Profund hospitalario con recalibración del mismo en AP. Curvas de supervivencia. Comparación del poder discriminativo con el índice de Chalon.

Resultados: 447 sujetos (46,2% mujeres); edad media 75,44 (IC95% 74,58-76,31). Media categorías diagnósticas de PP 2,37 (IC95% 2,30-2,44). Categorías más prevalentes fueron la A (64,1%), la F (41,7%) y la E (33,5%). A los dos años, mortalidad del 24,1%. Área bajo la curva ROC 0,622 (IC95% 0,556-0,689; $p < 0,001$). El área bajo la curva respecto al índice de Charlson fue 0,510 (IC 0,446-0,575; $p > 0,005$). Probabilidad de mortalidad pronosticada por terciles de riesgo osciló entre 16,9% y 58%. El análisis de la precisión del índice PROFUND evidenció una calibración, test de Hosmer-Lemeshow 0,119. La supervivencia media 726,984 días (DE 16,01; IC95% (695,6-758,36)).

Conclusión: El manejo de los PPP es complejo. Conocer qué factores se asocian a mortalidad permitirá diseñar estrategias de intervención específicas y facilitará la toma de decisiones en la práctica clínica. El índice PROFUND de diseño en PPP hospitalizados mantiene una buena precisión en la estratificación del riesgo de mortalidad a los 2 años en poblaciones de PP de AP. El índice es sencillo y fácil de usar en la práctica clínica diaria de los médicos de familia.

Experiencias

Sesión Oral 12: Experiencias

ID 9**ABORDAJE INTEGRAL DE LA PATOLOGÍA NODULAR TIROIDEA DESDE UN CENTRO DE SALUD**

José Ignacio Jaén Díaz¹, Blanca Cordero García²,
María Mata Castrillo¹, Paolo Ciardo¹, María del Carmen Baz Collado²

¹Buenavista. ²Benquerencia.

Objetivos: Diseñar y poner en práctica un programa de abordaje integral de la patología nodular tiroidea desde la consulta del médico de AP que incluya el diagnóstico ecográfico, la realización de punciones ecodirigidas (PAAF) y el seguimiento de los pacientes.

Descripción: Dos médicos de familia realizan las ecografías tiroideas solicitadas por todos los médicos (8 en total) de su zona de salud (18.600 hab). Previo consentimiento informado y siguiendo las recomendaciones internacionales en vigor, se realizan, en la propia consulta, las PAAFs de los nódulos susceptibles de ello. Se realizan informes de todas las exploraciones, se dan recomendaciones de actuación a los médicos peticionarios y se siguen los procesos. Se derivan directamente a cirugía los tiroides susceptibles de ser intervenidos.

Conclusiones: Entre julio de 2011 y diciembre de 2012 se han realizado 505 ecografías (85,7% mujeres con edad media de 46,4 y 14,3% varones con edad media de 45,2). Los motivos de petición de las mismas fueron: sospecha clínica de patología tiroidea 37,5%; sospecha analítica de patología tiroidea 15,9%; seguimiento de patología nodular conocida 34,4%; seguimiento de otros problemas tiroideos 12,2%. Durante este intervalo de tiempo se han realizado 93 PAAFs (con un 12,3% de muestras insatisfactorias), se han detectado 4 cánceres tiroideos (todos ellos papilares) y no hubo ninguna complicación durante los procedimientos.

Aplicabilidad: La realización de punciones tiroideas ecodirigidas es un procedimiento relativamente simple y con escasas complicaciones que puede realizarse con éxito por médicos de familia en el contexto del manejo integral del nódulo tiroideo. Ahorra tiempo, evita consultas al segundo nivel y es bien aceptado por pacientes y médicos. Se requieren estudios posteriores que evalúen la rentabilidad del proceso.

ID 227

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES ASOCIADOS A OTROS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

M^a Ángeles Marco Aguado¹, M^a Pilar Gargallo Gómez²,
Silvia Clemente Jiménez², Ana Belén Esteban Gimeno¹,
Sara Guillén Lorente², Carlos López Felez¹

¹CS Actur Sur. ²Arrabal.

Objetivos: Unidad Docente Sector I. Zaragoza-2013

Descripción: Implementación de una GPC de IBP, en Atención Primaria y Especializada.

Conclusiones: Para realizar esta GPC, nos hemos basado en todos los estudios encontrados, metanálisis, ensayos clínicos aleatorios con tamaño muestral suficiente, ensayos clínicos no aleatorizados o con tamaño muestral pequeño, estudios longitudinales o transversales, así como literatura gris, e incluso opiniones de expertos cuando no se ha podido encontrar un nivel de evidencia superior. Las principales fuentes en las que se ha efectuado la búsqueda han sido: Medline, Cochrane, Tryp, Dare, Guía Salud, UptoDate, el buscador Web Search Pro, base de datos de ensayos clínicos y en la de tesis doctorales (Teseo). Además de otra literatura gris realizada manualmente o contactando con los investigadores/redactores. Los límites utilizados en la búsqueda de estudios han sido: no se ha limitado por el idioma ni por tipo de estudio ni publicación. Se han excluido aquellos estudios publicados antes de 1990, con metodología dudosa, seguimiento a corto plazo, o con grandes pérdidas durante el seguimiento que pudiesen comprometer la validez del estudio (> 20%). Descriptores mínimos: Proton pump inhibitors, PPI, Adrenal Cortex Hormones not Hormones, Adrenal Cortex, Steroids, Analgesics. Analgesics, non-narcotic, Analgesics, opioide, Anti-inflammatory agents, non-steroidal, Narcotics, Salicylic acid, aspirin, Polypharmacy, Platelet Aggregation Inhibitors, antiplatelets, clopidogrel carboxylic acid, Anticoagulants, Coumarins, Antithrombins, Heparinoids, Gastroprotection, Gastrointestinal Hemorrhage, gastrointestinal bleeding. Para establecer los niveles de evidencia y los grados de recomendación se ha utilizado la metodología de la Agency for Healthcare Research and Quality, y algunos criterios propuestos en el sistema GRADE (Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group). Para llevar a cabo los juicios acerca de la fuerza de las recomendaciones, hemos considerado, además de la calidad de la evidencia, el balance entre beneficios y riesgos, los costes y las preferencias del paciente. Esta guía hace recomendaciones sobre los siguientes aspectos, teniendo en cuenta la edad del paciente al que se plantea pautar un IBP: Prevención primaria. Poblaciones de riesgo bajo, medio o alto para el desarrollo de evento gastrointestinal. Pertinencia de asociar IBP en pacientes en tratamiento con: AINEs, analgésicos no AINEs, antiagregantes, anticoagulantes, corticoides, IRSS. Polimedicados. Análisis del contexto: gestión y políticas sanitarias, Direcciones de Atención Primaria y Profesionales sanitarios: Favorable. Se difunde a todos. Pacientes. Difícil valorar. Se trabajará el tema. Identificación barreras y facilitadores: fase introducción: Facilitadores: admitida en Guía Salud, internet disponible consultas. Barreras: dificultad para que llegue/se procese la información. Fase de diseminación: facilitadores: email remitido por las direcciones de AP a todos los sanitarios. Barreras: dificultad para leer toda la información. Fase de implantación: facilitadores:

profesionales motivados. Barreras: profesionales no motivados. Diseño de estrategias: Guía Salud, por email desde la direcciones de AP, taller acreditado, página web, reunión con representantes pacientes. Puesta en marcha: pilotaje intervención (a gran escala: todos los hospitales y centros de AP de la CCAA). Indicadores de proceso: cuantos sanitarios conocen la GPC (formulario a profesionales). Indicadores de resultado (estudio transversal para comprobar cambios en los pacientes como resultado de la aplicación de la GPC). Evaluación continua: el segundo estudio transversal se hará en septiembre de 2013. Replanificación: según resultados estudio 2013, se adaptará implementación, adoptando medidas nuevas o modificando las ya utilizadas.

Aplicabilidad: Proporcionar prescripciones más eficientes en los diferentes ámbitos asistenciales.

ID 251

PROGRAMA DE ATENCIÓN A LAS CEFALÉAS EN UN CENTRO DE SALUD. ANÁLISIS ECONÓMICO

Pedro José Moreno Álvarez¹, Mari Carmen Guzmán Gómez²

¹La Rinconada. ²Los Carteros.

Objetivos: Evaluación económica de un programa de cefaleas en AP. **Descripción:** Como medida de efectividad hemos tomado la capacidad de resolución (tasa de derivaciones/1.000 Tases) y la demora media en días de acceso a una consulta de cefaleas diagnóstica. Se ha realizado un análisis de identificación de costes y análisis de coste-efectividad, bajo una perspectiva de gasto social con análisis por intención de tratar, los casos fueron aleatorios. La perspectiva del gasto social tiene en cuenta no solo los costes institucionales, también los gastos de desplazamiento y horas perdidas de trabajo. Para el análisis se utiliza el coste-efectividad incremental (CEI), mediante el cual los costes y efectos de una intervención se comparan con los costes y efectos de una consulta virtual basada en los resultados en cuanto a capacidad de resolución y costes que determina la bibliografía consultada y datos reales de capacidad de resolución de la Consejería de Salud.

Conclusiones: La capacidad de resolución (94,6%) fue la más alta de Andalucía con una tasa de derivación neurología por todos motivos obtenida 4,47 derivaciones/1.000 TAES (tarjetas sanitarias ajustada a edad), un 38% menos que nuestros distritos de Sevilla y un 24% menos que la media Andaluza. Reducción del 75% del tiempo medio de acceso a una consulta diagnóstica. Coste unitario por cefaleas resueltas era de 176 € por 325 € en el modelo convencional, el ratio coste-efectividad incremental (coste por demora/paciente/día) era de 4,48 € /paciente/día ahorrado, resultando 2,4 veces más caro y menos efectivo la resolución en atención primaria de un caso del modelo convencional que el nuestro.

Aplicabilidad: Es coste-efectivo la implantación de consultas de cefaleas en centros de Salud, por MF entrenados, gestionar acuerdos interniveles que permita derivaciones rápidas sin trabas administrativas para resolver los casos protocolizados

ID 554

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DE BOLSILLO PARA EL MÉDICO DE FAMILIA

Lidia Evangelista Robleda¹, Sara Martínez Alonso²,
Aída Pareja Mariscal³, Alba Subirana Velamazán²,
Priscila Trujillo Suárez², Arturo Evangelista Masip⁴

¹EAP Hospitalet-1. ²ABS Centre. ³CAP Hospitalet-1.

⁴Hospital Vall d'Hebron.

Objetivos: Evaluar la utilidad del VS can en la consulta de atención primaria (AP) para el estudio del paciente cardíopata. Analizar los cambios en la estrategia diagnóstica y/o terapéutica derivada del uso del VS can en la consulta de AP.

Descripción: Estudio descriptivo transversal de 60 pacientes con sospecha de cardiopatía en un centro de atención primaria urbano. Los pacientes que presentaban disnea, dolor torácico, arritmia, soplo a la auscultación cardíaca o alteraciones en el ECG fueron derivados a un médico de familia (MF), formado previamente en ecocardiografía de forma protocolizada, para realizar una ecografía de bolsillo (ecoscopia) y valorar la presencia de alteraciones cardíacas estructurales. Variables analizadas: dilatación de cavidades, hipertrofia del ventrículo izquierdo (VI), alteraciones de la contractilidad del VI y valvulopatías. El MF solicitante valoró los cambios en la estrategia diagnóstica o terapéutica condicionados por la información ecoscópica. Resultados: el 45% de pacientes eran mujeres y el 53% hipertensos. Motivos de solicitud de ecoscopia: disnea 46%, alteraciones del ECG 34%, dolor torácico 10%, soplo cardíaco 10% y arritmia 6%. La ecoscopia evidenció: dilatación aurícula izquierda 19%, dilatación VI 3,3%, hipertrofia VI 35% (significativa 6,6%), disminución contractilidad VI 6,6%, dilatación raíz aórtica 6,6% y valvulopatía significativa 25%. Después de la ecoscopia se solicitó: ecocardiografía convencional 20%, ecoscopia de control 16%, derivación al cardiólogo 12%. La ecoscopia condicionó cambios de diagnóstico 40% y de tratamiento 18%.

Conclusiones: La ecoscopia realizada en AP por un MF parece ser útil para el diagnóstico precoz de algunas cardiopatías, mejorar el manejo terapéutico y optimizar la indicación de un ecocardiograma convencional. Son necesarios estudios más extensos que confirmen la utilidad de la ecoscopia en la práctica clínica habitual en AP.

Aplicabilidad: El uso de la ecoscopia en la consulta de AP puede implicar un diagnóstico precoz de las alteraciones cardiovasculares y optimizar el manejo terapéutico del paciente con sospecha de cardiopatía.

ID 872

ACTITUDES POSITIVAS Y SALUD EMOCIONAL. APRENDIENDO A UTILIZAR HERRAMIENTAS EMOCIONALES PARA AFRONTAR EL DÍA A DÍA

M^a Cruz Moreno Girao, M^a Teresa Romera Punzano, Maribel Martínez Martínez

ABS La Roca del Vallès.

Objetivos: Conseguir mejorar la calidad de vida de las mujeres que participan el espacio “café tertulia”. Comprender la relación que existe entre situación, pensamiento, sentimientos y comportamiento. Aprender a cambiar los pensamientos inadecuados por pensamientos adaptativos. Dar herramientas para mejorar nuestro bienestar emocional, para afrontar el día a día. Potenciar la autoestima. Influir en las dinámicas de las familias, visión intergeneracional y social.

Descripción: Se trabaja en grupos, 10-12 mujeres, entre 40-60 años. Coordinado por un equipo profesional compuesto por: médico de familia, enfermera y técnica comunitaria. El espacio es semanal y las sesiones se programan trimestralmente con temas concretos y otros abiertos al grupo. Utilizamos el modelo de Situación-Pensamiento-Sentimiento para aprender a relacionar nuestros estados emocionales y saber dar una respuesta adecuada. “Caja de herramientas” está compuesta por diferentes habilidades que nos ayudan a manejar los malestares del día a día. Cómo hacer para introducir el pensamiento positivo ante las adversidades. Ante una situación que provoca malestar puede haber varias respuestas: Cambiar la situación comportándose de una manera directa o asertiva; Evitar la situación o retirarse de ella; Adaptarse para poder vivir bien con la situación en cuestión. Reflexionar y elegir por nosotras mismas es una buena respuesta.

Conclusiones: Aprovechando el espacio de trabajo del “Café tertulia”, enfocar de forma saludable como manejarnos en estos tiempos de crisis. Potenciando el mensaje de “ser feliz con aquello que tienes y eres”. Creemos que nuestros sentimientos están muy

relacionados con nuestros pensamientos y a la vez con nuestra situación familiar, laboral y social, la manera en que interpretamos una situación va a influir decisivamente en cómo nos sentimos y actuamos y esto influenciará nuestro entorno más próximo.

Aplicabilidad: Los espacios de trabajo con la implicación de técnicos y ciudadanos, compartiendo sabidurías y experiencias, facilita la interiorización de los mensajes, mejora el bienestar de la persona y influye en su entorno.

ID 886

EXPERIENCIA DEL ECÓGRAFO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Ana María Garay López de Aguilera¹, María Paz Sebastián Aparicio¹, M^a Elena Quintana Urrea¹, Ruben Ruiz Márquez²

¹CS Aranbizkarra 2. ²Larrialdiak Emergencias.

Objetivos: Tras la formación de 2 médicos en nuestro centro, conocer el uso y las características de las ecografías realizadas.

Descripción: Con la implantación en nuestra Comunidad del uso de la ecografía en Atención Primaria, dos médicos se formaron, con cursos teórico-prácticos de 75 horas y sesiones tutoriales de 12 horas 6 meses después. Durante 15 meses, se han realizado 241 ecografías por 2 médicos en turno de mañana y tarde, el 81,8% fueron de sus cupos y 18,3% del resto. 60, 2% fueron hombres. Según edad 35,7% de 61-80 años. Ecografía más frecuentes: hepatobiliopancreática 31,5%, urológica 26,6%, 24,9% musculoesquelética y vascular 8,3%. Motivo de realización: clínica 61,4%, analítica 14,1%, seguimiento 12,9% y exploración 9,5%. Hallazgos ecográficos más frecuentes del total: hepatobiliares: esteatosis 4,1%, litiasis 2,1%; vésico-renal-prostática: hipertrofia prostática 4,1%, quiste renal 2,9%; musculo-esquelética: alteraciones tendinosas 13,7%. Sin hallazgos 44,4%. Seguimiento: en AP 67,2%, otra especialidad 27%: traumatología 30,8%, cirugía 24,6%, digestivo y urología 15,4% y rehabilitación 7,7%. Precisarón otra prueba de imagen 5,8%.

Conclusiones: En nuestra experiencia el uso del ecógrafo en atención primaria es útil en la práctica diaria, incrementamos la competencia y nuestra capacidad resolutoria disminuyendo la demora, con una aproximación diagnóstica, actuación posterior y plan terapéutico más precoz. Aumenta la satisfacción del paciente, su relación con el médico y calidad asistencial, sin olvidar que nuestro trabajo es principalmente asistencial y el ecógrafo es una herramienta más en nuestra práctica diaria.

Aplicabilidad: Tras los resultados hemos establecido: un tiempo de 30 minutos para cada ecografía en la agenda de los médicos formados, 4 citaciones por semana. Ecografías: abdominal, urológica y musculo esquelética, valorando aumentar citaciones según demanda y posibilidad de ecografías inmediatas para descartar patología urgente. La demanda asistencial del médico que realiza la ecografía durante su realización será atendida en turno rotatorio por otro médico.

ID 1027

MÉDICOS Y PACIENTES. ¿EMPEZAMOS UNA NUEVA RELACIÓN? CANAL PACIENTE

Jordi Casanovas Font¹, Marta Serrarols Soldevila², José Antonio Carvajal Pascual²

¹EAP Vic. ²CAP El Remei (ABS Vic Sud).

Objetivos: Fomentar la comunicación fácil y segura entre médico y paciente. Involucrar al paciente en el control y seguimiento de su salud. Fomentar consultas no presenciales y reservar las presenciales para complejidad. Minimizar la burocracia en los centros de salud.

Descripción: Ofrecemos a nuestros usuarios mayores de edad, previo consentimiento, acceso seguro a una plataforma web 2.0,

que les permite, desde cualquier dispositivo conectable a la red, visualizar la mayor parte de su historia clínica actualizada con posibilidades de impresión (analíticas, cartilla vacunal), interactuar con su médico y enfermera con registro en la agenda (enviar y recibir correos con archivos adjuntos, pedir cita o solicitar llamada), acceder a la medicación e imprimir la receta electrónica actualizada, solicitar e imprimir comunicados de incapacidad temporal, seguimiento autoresponsable en enfermedades crónicas y actividades preventivas, etc.

Conclusiones: Desde octubre del 2012 se han inscrito a CAPAC todos los profesionales del y 527 pacientes (2,2%), de los cuales 126 (24%) la han utilizado. Las 2.988 gestiones realizadas (24 accesos/día y 2,3 gestiones/acceso) han sido mayoritariamente burocráticas (57%): impresión de hoja de medicación (15,9%), programar visita en centro (9,5%), imprimir comunicados de incapacidad laboral (7%), analíticas (3,5%). Otras: comunicación con profesional (22%) con correos electrónicos (15%) y avisos de llamada (1,5%) y un 21% de información, con consultas a la historia clínica (12,5%) y controles de salud (5%).

Aplicabilidad: Se pretende un cambio cultural en la relación entre pacientes y profesionales de salud, y en la eficiencia de las actuaciones de éstos, evitando consultas presenciales innecesarias y burocráticas, registrando la actividad no presencial en la agenda diaria. Los gestores sanitarios dispondrán de mejor información de la actividad real y podrán planificar mejor las cargas de trabajo. Se necesitan posteriores estudios para evaluar la adherencia de los pacientes a la plataforma y los cambios que puede representar sobre uso de recursos sanitarios y resultados de salud.

ID 1184

SESIÓN INFORMATIVA PARA FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS RECIENTEMENTE DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

María Jesús Gómez Salado¹, Luisa Rosano Duarte¹, Miguel Ángel Moya Molina², Estrella Lemus Gordillo², M^a Teresa Barreiro Espinal³, Juan Manuel Martín Tello⁴

¹Loreto-Puntales. ²Hospital Universitario Puerta del Mar.

³AFA "Alzhe" de Cádiz. ⁴Puerta Tierra I.

Objetivos: Proporcionar información socio-sanitaria y asesorar en la resolución de dudas a los familiares de pacientes diagnosticados recientemente de enfermedad de Alzheimer (EA) y otras demencias, a través de una sesión informativa impartida por un equipo multidisciplinar de profesionales.

Descripción: Desde junio 2009 a enero 2013 se han impartido 28 sesiones, inicialmente mensuales y después bimensuales. Los familiares son invitados a la sesión por el neurólogo, en el momento del diagnóstico. Cada sesión dura 3 horas constando de una parte expositiva y otra participativa. En la exposición intervienen el neurólogo, médico de familia, enfermera gestora de casos, trabajador social y representantes de la asociación de familiares de EA (AFA). Contenidos abordados: características generales EA, terapias disponibles, consejos prácticos para el manejo de los síntomas y habilidades de cuidado en la vida diaria, información al cuidador principal y los recursos de ayuda socio-sanitarios existentes, aspectos legales y presentación de vídeo sobre actividades realizadas en la AFA. Hasta diciembre de 2011 se entregaron a los familiares una encuesta con cuatro preguntas, las tres primeras con respuesta múltiple y la cuarta libre. Se recogieron datos de 345 familias, con los siguientes resultados: ¿Le ha resultado útil esta charla?: 94,2% Sí, 4,63% parcialmente y 1,15% No. ¿Cree que se debe mantener?: 96, 81% Sí, con modificaciones 3,18% y 0% con No. ¿Ha respondido a sus expectativas?: 87,2% Sí, 12, 17% parcialmente y 0% No. ¿Qué ha echado en falta?: aspectos relacionados con la utilidad, exposición, material a entregar, duración, frecuencia y reflexiones personales.

Conclusiones: La participación conjunta de un equipo multidisciplinar tras la confirmación del diagnóstico, momento de gran impacto familiar, aporta una información integral y de utilidad para las familias.

Aplicabilidad: Realizable, por su diseño sencillo, en cualquier entorno con disponibilidad de los profesionales implicados.

ID 1236

ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR Y "FAMILY CENTERED CARE" APLICADO AL HEMS

José Ignacio Garrote Moreno¹, Juan Antonio Sinisterra Aquilino², Diego Aylagas Martínez²

¹INAER. ²INAER Helicópteros.

Objetivos: Sustituir el modelo de medicina paternalista aún presente en muchos servicios de urgencia y emergencia, por el modelo actual de medicina centrada en el sujeto y familiares, citado como *Family Centered Care*. Constatar que este modelo es bien recibido por familiares y pacientes y no entorpece la asistencia sanitaria. Aplicarlo al medio HEMS (Helicopter Emergency Medical Service) de forma segura. Dar cumplimiento al derecho del acompañamiento del menor en el medio HEMS.

Descripción: Se permitió la presencia familiar voluntaria durante la asistencia sanitaria, incluso durante la realización de técnicas invasivas y la reanimación cardiopulmonar avanzada. Mantuvimos la colaboración con los equipos de atención primaria y los familiares durante la asistencia, comunicando y consultando actuaciones. Se permitió el acompañamiento familiar hasta la entrada del paciente al helicóptero en adultos autónomos en el destino contactamos telefónicamente con los familiares para continuar la comunicación. Se transportó en helicóptero al familiar junto al paciente en los menores de 16 años y discapacitados siempre que aeronáuticamente fue posible.

Conclusiones: La mayoría de los familiares quisieron estar presentes de forma continua, el resto de forma discontinua. La presencia familiar ha sido valorada positivamente por todos los implicados. La presencia familiar y la colaboración del equipo de atención primaria ha sido fundamental para el éxito de numerosas intervenciones. Los principales beneficios observados fueron: colaboración con las técnicas y tratamientos, monitorización de la información, disminución de la ansiedad de familiares y pacientes, decisiones consensuadas y aceptadas. Cuando el resultado fue infructuoso con el fallecimiento del paciente, se observó un mejor inicio del duelo y el agradecimiento de los familiares por los esfuerzos realizados. En el grupo que se pudo permitir el acompañamiento familiar junto al menor en el helicóptero se observó un menor grado de ansiedad del mismo y una mayor adaptación al medio del paciente. Además permitió el consentimiento informado en el hospital.

Aplicabilidad: Servicios de Urgencia y emergencia prehospitalarios y hospitalarios.

ID 1638

PROGRAMA DEL PACIENTE EXPERTO EN DIABETES

María Isabel Domingo Aranda, José María Palacín Peruga, María Teresa Ferrer Cumella

CAP La Seu d'Urgell.

Objetivos: Mejora del conocimiento y autocuidado de los pacientes sobre su enfermedad. Mejora en el cumplimiento terapéutico, farmacológico y no farmacológico. Disminución de frecuentación en consultas. Reconocimiento de síntomas, signos de alarma y el tratamiento para evitar descompensaciones.

Descripción: El programa está estructurado en nueve sesiones, una a la semana, de una hora y media de duración, a lo largo de dos meses y medio aproximadamente. Las sesiones, las conducirá el pa-

ciente experto (PE) seleccionado, que previamente habrá recibido formación y asesoramiento. Durante el programa recibirá el apoyo y la retroalimentación (feedback) de las personas que observan el programa (un médico y una enfermera). Las personas del grupo son pacientes diabéticos asignados al centro de salud con unos determinados perfiles a seguir para estar incluidos en el programa. Las personas observadoras han de escoger al paciente experto mediante entrevista y encuestas para valorarlo objetivamente. Las sesiones presentan una estructura y distribución en el tiempo para facilitar su aplicación, y se crea un cronograma de sesiones. Se realiza recogida de datos al inicio, a lo largo del programa y al final de este. También a los seis meses y a los 12 meses. Estos datos se incorporan a una base de datos diseñada específicamente. Datos recogidos: datos identificativos de los asistentes. Encuestas para evaluar el cumplimiento de los objetivos del programa. Parámetros clínicos relacionados con el control de la diabetes. Número de visitas a medicina-enfermería-urgencias o ingresos hospitalarios.

Conclusiones: Se observa mejoría objetiva y cuantitativa en todos los parámetros medidos: conocimientos, calidad de vida, grado de autocuidado y cumplimiento terapéutico, disminución de frecuencia, mejora de variables relacionadas con el control de la diabetes (HbA1c, CT, peso, TA y perímetro abdominal).

Aplicabilidad: En cualquier centro de atención primaria rural, semirural o urbano.

ID 1963

GERIATRICS. PROYECTO DE SOPORTE A LA CRONICIDAD Y ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN EN CENTROS RESIDENCIALES GERIÁTRICOS (CG)

Rosa Morral Parente¹, Marta Expósito Izquierdo², Sara Pablo Reyes², Carmen Expósito Martínez³, Cristina Morales Navajas², Esther Pastor Ramón²

¹Dirección Atención Primaria. ²Servicio Atención Primaria.

³Sabadell 1.

Objetivos: 9.223 residentes, distribuidos en 198 CG, con 45% en Clinical Risk Group (CRG) 6-9. 25,5 ingresos evitables/100 residentes/año, visitas a urgencias reiteradas, polimedicación, gran número pacientes con demencia. 5'3% del gasto de farmacia (15.000.000 euros) 2011. Garantizar des de sistema público de salud atención sanitaria integral y de calidad a pacientes de centros geriátricos (CG). Trabajar en la calidad de tratamientos en base a eficacia, eficiencia y seguridad. Desarrollo de fórmulas asistenciales de atención proactiva. Coordinación entre niveles asistenciales territoriales: 7d x 24h. Instalación historia electrónica en los CG.

Descripción: Estudio multicéntrico de intervención en 198 CG adscritos a nuestra dirección de atención primaria. Población estudio: 9.223 pacientes con código identificador de institucionalizado (Z 59.3) CIE 10. 1. Creación y despliegue de guía fármaco-terapéutica basada en criterios de seguridad, eficacia y eficiencia, formato blog (<https://farmageriatrics.wordpress.com/>). Revisión adecuación tratamientos para demencia y de psicofármacos. 2. Creación unidades asistenciales (médico-enfermera), con perfil competencial específico, dedicación exclusiva, integradas equipos atención primaria. Atención proactiva. prevención descompensaciones, abordaje final vida. Racionalización uso recursos sanitarios. 3. Conexión historia clínica informatizada desde CG. Acceso a prescripción electrónica. 4. Divulgación proyecto, coordinación entre niveles asistenciales, garantizar continuum asistencial (7 x 24h).

Conclusiones: Período 1 julio 2012-31 diciembre 2012. Intervención 66% (119) CG. Total población institucionalizada: 9.917 (66% CRG6-7). 52 CG conectados a historia electrónica. Grado adherencia guía: 78,17%. Intervenciones orientadas, con objetivos específicos que disminuyan variabilidad ayudan a la eficiencia: disminución de medicaciones no indicadas en demencias (-39%), disminución

coste/plan terapéutico -25,3%, disminución polifarmacia (-26% fármacos/paciente). Adecuación pañales a recomendaciones guías (-20% coste). Adecuación apósitos (-41,17%). Mejora registro en historia clínica: aumento 800 residentes. Actualización problemas salud (66% CRG 6 y 7).

Aplicabilidad: El interés de esta experiencia en su aplicabilidad a otros territorios se basa en la adaptación del modelo según número de CG adscritos por EAP y según número de residentes. La guía farmageriatrics® en formato blog de acceso libre a todos profesionales salud. La conexión de historia clínica electrónica en CG es un pilar del proyecto, favoreciendo seguridad paciente, registro datos y comunicación interprofesional. Acogida positiva entre entidades.

Casos clínicos

Sesión Oral 13: Casos clínicos I

ID 2006

NO TODO DOLOR ANAL ES POR CRISIS HEMORROIDAL O FISURA ANAL

Natalia Alonso Ortega, Francisco Javier Gallo Vallejo, Alejandro García Aguilera, María Carmen Sánchez Ortega, Ana Zafra Ceres, Pilar Casas Reyes

Zaidín Sur.

Ámbito del caso: Atención Primaria.

Motivos de consulta: Episodios esporádicos de dolor anal muy intenso, espasmódico, de unos 15-30 minutos de duración.

Historia clínica: Mujer de 45 años de edad actualmente, sin antecedentes de interés que consulta por primera vez en 2008 por este motivo. Nos dice que puede tener unos dos episodios al mes de este dolor anal y que ya fue derivada a Digestivo hace años y le comentaron que podría tratarse de espasmos de origen nervioso. En la exploración, fuera de la fase de dolor, sólo se apreció tacto rectal algo doloroso, con dedil limpio. Se le solicita en atención primaria una recto-colonoscopia, detectando hemorroides internas grado II y papila hipertónica, hallazgos que no justifican plenamente la clínica existente. El problema le afecta bastante y lo pasa bastante mal durante las crisis dolorosas. Su marido en consulta nos ruega que busquemos una solución a su problema.

Juicio clínico: En los diagnósticos diferenciales de un cuadro como éste incluimos, aparte de un cuadro hemorroidal agudo, la cocci-godinia, el síndrome del elevador del ano y la proctalgia fugaz idiopática. Consideramos que el cuadro que padece nuestra paciente se corresponde con una proctalgia fugaz idiopática. Esta se incluye en los llamados dolores anorrectales funcionales, según los criterios Roma II y se caracteriza por un dolor anorrectal casi siempre nocturno, que incluso despierta al paciente de un sueño profundo, de intensidad progresiva y que en ocasiones se asocia de trastornos neurovegetativos, incluso lipotimia. Se asocia con el síndrome de intestino irritable y con trastornos emocionales. No encontramos, pese a sus crisis agudas de dolor, afectación psicológica en nuestra paciente.

Tratamiento: Hemos recomendado durante las crisis dolorosas algunas medidas físicas, como baños de agua caliente y preparados tópicos anestésicos y fórmula magistral con diltiazem al 2%, con escasa mejoría. Se ha citado de nuevo a la paciente para proponerle realizar otros tratamientos descritos en la literatura (beta-agonistas).

Evolución: Continúa con crisis dolorosas con frecuencia 1 o 2 por mes.

Conclusiones: El diagnóstico de esta proctalgia fugax está basado en la ausencia de enfermedad anorrectal que pudiera explicar la clínica. Al paciente le ayuda una buena explicación y trasladarle seguridad de la benignidad de su proceso.

ID 2483

INFARTO OMENTAL COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL

Guadalupe Sánchez Jurado¹, Victoria Martínez Prieto², Ana María Pozo Cascajosa², Marta Muñoz Puentes³, José Carlos del Castillo López², María Victoria Martín-Aragón González⁴

¹Hospital Alto Guadalquivir. ²CS Virgen de la Cabeza.

³Puerta Madrid. ⁴CS Andújar A.

Ámbito del caso: Mixto. Caso multidisciplinar con valoración Integral por Atención Primaria y posterior valoración Especializada, fundamentalmente por parte del Servicio de Cirugía y de Radiología.

Motivos de consulta: Dolor abdominal.

Historia clínica: Hombre de 61 años valorado de consulta por dolor abdominal en hipogastrio y FID de 2 días, continuo, no irradiado que empeora con los movimientos y la tos. No alteración del hábito intestinal ni clínica miccional. Afebril. Tras la exploración, se deriva a urgencias para descartar abdomen agudo. Antecedentes personales: no AMC. Sin FRCV. Antecedentes familiares: hermano con Ca de colon. Exploración física: BEG, obesidad, consciente, orientado, colaborador, eupneico, bien hidratado y perfundido. Tª 35.6°C, TA 138/81. ACR: tonos rítmicos sin soplos, MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación a nivel periumbilical derecho, con defensa y sin signos de irritación peritoneal. PRUEBAS complementarias: analítica general: Normal. COMBUR TEST: Sangre 3+. Rx tórax y Rx abdomen simple: sin hallazgos. Ecografía abdominal: esteatosis hepática. Sin líquido libre intraperitoneal. TAC abdominal: aumento de densidad de la grasa mesentérica omental en región derecha supraumbilical, zona donde el paciente localiza el dolor. Hallazgos sugestivos de infarto omental. Estructura familiar: familia nuclear con 2 hijos. CVF: Etapa de nido vacío. Mapa familiar, esta familia vive un piso en un barrio bien acomodado.

Juicio clínico: El cuadro simula un abdomen agudo y las principales afecciones causantes en dicha localización son: apendicitis, adenitis mesentérica, ileítis regional, hernia inguinal estrangulada, afectación vascular: isquemia arterial, traumatismos y perforación viscera hueca, cálculo ureteral, pielonefritis, hidronefrosis y retención urinaria. Tras realización de TAC se diagnostica infarto omental.

Tratamiento: Valoración por Cirugía que pauta analgesia y anti-coagulación.

Evolución: En revisión con TAC a los 2 y 4 meses, resolución completa.

Conclusiones: El infarto omental representa una patología autolimitada y benigna, debida a un infarto focal de la grasa omental, que no requiere cirugía y que clínicamente puede simular un abdomen agudo quirúrgico.

ID 2185

DOLOR CERVICAL TRAS VÓMITOS INCOERCIBLES. ABORDAJE CON RADIOLOGÍA SIMPLE

Carmen María Zurdo Díaz¹, Ana Elena Jiménez García², Miguel Ángel María Tablado³, María Martínez-Canales Sánchez-Pedreno², Carmen Montejo Martínez⁴, Julio Sagredo Pérez⁵

¹Velilla de San Antonio. ²San Fernando II. ³CS Perales de Tajuna.

⁴Canillejas. ⁵Los Rosales.

Ámbito del caso: Atención Primaria y Especializada.

Motivos de consulta: Paciente de 21 años. Acude a consulta de Médico de Familia (MF) por vómitos de 24 h de evolución. Intolerancia

a sólidos y líquidos. Asocia odinofagia, dolor cervical y disnea de 4 horas de evolución. Afebril.

Historia clínica: Antecedentes personales: fumador 20 cigarrillos/día, bebedor ocasional, no consumo otros tóxicos. Anamnesis. Paciente que en el contexto de una Gastroenteritis epidémica presenta vómitos acuosos incoercibles, aproximadamente 15 vómitos/24 horas. Mínimo dolor epigástrico. Sensación distérmica sin fiebre. Odino/disfagia. Consulta a su MF por que en las 2 últimas horas tiene importante dolor cervical bilateral y disnea de medianos esfuerzos. No deposición anormal. Exploración: afebril. TA: 150/70 mm/Hg, Frecuencia Cardíaca: 94 lpm, Saturación O₂ 96%. ORL: Faringe roja, amígdalas normales. Dolor a la palpación cervical en 1/3 medio bilateral. Sensación de "crepitación" a la palpación en punto de más dolor. ACP: normal. Abdomen: blando, depresible, no megalías, no defensas, ruidos aumentados. Dolor a palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Con la sospecha de neumomediastino se deriva para realización urgente de RX cervical y RX tórax Inspiración/Espiración Forzada: imágenes compatibles con neumomediastino en tórax y subcutáneo de cuello. Ingresa en centro hospitalario de referencia. Saturación, TA, temperatura, FC similares a previas. Analítica: hemograma, bioquímica, coagulación, PCR normales. Se realizó CT (cervico, torácico): donde se apreciaba enfisema subcutáneo cervical bajo, enfisema en pared torácica anterior derecha con neumomediastino de predominio izquierdo. Esófago y unión gastroesofágica normales sin aparente fugas de contraste oral. Gastroenteritis epidémica.

Juicio clínico: Neumomediastino. Posible perforación esofágica por emesis. Gastroenteritis inespecífica.

Tratamiento: Tras observación de 48h sin complicaciones. Se pauta analgesia de primer escalón OMS y reposo relativo durante 2 semanas

Evolución: Asintomático.

Conclusiones: La etiología más frecuente del neumomediastino es espontánea, después la traumática, quirúrgica previa. Su frecuencia es muy baja (1/100 neumotórax). Es más frecuente en niños y recién nacidos en asociación con infecciones respiratorias o tapones de moco o meconio. En adultos es más raro y frecuentemente cuando hay una enfermedad pulmonar aguda o crónica de base. El enfisema subcutáneo se reabsorbe espontáneamente. La rentabilidad de la radiología simple en este caso queda fuera de toda duda.

ID 1492

TOS CRÓNICA. ¿SÍNTOMA GUÍA?

María Navas Avellaneda¹, Isabel Ansio Espejo², Laura Araque de los Riscos³

¹Virgen de La Capilla. ²El Valle. ³Belén y San Roque.

Ámbito del caso: Mixto. Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta: Paciente de 54 años que acude a consulta refiriendo tos de larga evolución y pérdida de 10 kg de peso.

Historia clínica: AP: No AMC, no fumador. Anamnesis: tos persistente desde hace dos años en episodios de dos meses, carácter irritativo, sin expectoración, ni relación con procesos catarrales. No sensación disneica. No se acentúa con ninguna postura, ni con esfuerzo, no le despierta por la noche. Aumento con estrés. Pérdida de 10 kg en tres años que atribuye a estrés. Astenia. Su esposa lo encuentra nervioso, irascible, con insomnio de mantenimiento. Tratamiento: antihistamínicos, IBP, antitusígenos. Sin respuesta. Exploración: ACR: mvc sin ruidos patológicos. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos. Faringe normal, sin exudados patológicos. No adenopatías. Pruebas complementarias: radiografía de tórax normal. Análisis: hb 11,1, hematocrito 34,5%, VCM 75,8 fl, HCM 24,5 pg, CHCM 32 g/dl. Plaquetas 528.000. VS G 96 mm/h. PCR 156 mg/L. Proteinograma: albúmina 42,6%, alfa1-globulinas 3,7%,

alfa2-globulinas 18,2%, beta-globulinas 17,3%, resto normal. TSH normal. Bioquímica con perfil hepatopancreático: fosfatasa alcalina 119 U/L, GGT 89 y resto normal. Neumoalérgenos negativos. ECG: ritmo sinusal a 85 lpm, eje a 15°. Sin trastornos de repolarización. Mantoux negativo. Cuestionario de Apgar familiar con puntuación 10. Muy buena relación con su esposa.

Juicio clínico: Impresión diagnóstica: Neoplasia pulmonar. Diagnóstico diferencial: asma tusígena, EPOC, bronquiectasias, tuberculosis, infecciones respiratorias, enfermedad intersticial, alergia, tos psicógena.

Tratamiento: Derivación a Medicina Interna para continuar el estudio.

Evolución: Se realiza un TAC de tórax que es normal. Se realiza un TAC abdominopélvico donde aparece como hallazgo casual una masa de 80 mm en riñón derecho en la unión de tercio superior y medio, con áreas necróticas, en probable relación con hipernefroma. Y otras cuatro imágenes menores de 6mm en hilio renal derecho. Se realizó nefrectomía radical laparoscópica derecha. El resultado anatomopatológico es de carcinoma de células claras grado IV de Fuhrman con infiltración linfovascular. Desde nefrectomía, los episodios de tos no se han repetido. Pendiente de tratamiento por parte de Oncología.

Conclusiones: Cuando aparece un síntoma tan inespecífico y frecuente como la tos, hay que comenzar descartando lo más frecuente para poder llegar al diagnóstico, que muchas veces es por exclusión. En este caso, resultó ser un síndrome paraneoplásico producido por el hipernefroma.

ID 1570

COLELITIASIS INDOLORA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Sergio Méndez Montes, Ignacio Contreras Ruiz

Zaidin-Sur.

Ámbito del caso: Mixto

Motivos de consulta: Sensación de orina oscura.

Historia clínica: Varón de 50 años con antecedentes de nefrolitiasis, trastorno adaptativo y secuelas de poliomiélitis que consulta porque desde hace unos cinco días se ha fijado en que su orina es más oscura de lo habitual. Niega molestias urinarias, ya que dos meses antes fue atendido por un nuevo episodio de nefrolitiasis. Tampoco refiere dolor abdominal en ningún momento, espontáneo o a la exploración, ni cambios en el aspecto de las heces. Se realiza Comburt test, que presenta indicios de proteínas, sangre y leucocitos, y se solicita analítica de sangre. En ésta destacan la gamma glutamiltransferasa (GGT) 724, aspartato transaminasa (AST) 92 y alanina transaminasa (ALT) 220, con Bilirrubina normal. Regresa a los pocos días porque la esposa nota que tiene “los ojos más amarillos” de lo habitual, quejándose el paciente de cansancio, heces más claras y persistencia de tinte oscuro de la orina. Ampliamos la analítica con serología hepática, que resulta negativa para virus B y C, y nueva bioquímica, apreciándose elevación de la GGT a 950, AST 95, ALT 263, además de fosfatasa alcalina 200 y bilirrubina total 7,12 (directa 6,37). Sigue sin presentar dolor abdominal ni fiebre. En la exploración destaca una aparente hepatomegalia de tres traveses; le realizamos exploración ecográfica apreciándose imágenes compatibles con litiasis biliar.

Juicio clínico: Colestasis. Litiasis biliar obstructiva.

Tratamiento: Se deriva a Urgencias por la rápida progresión del cuadro, confirmándose con una nueva ecografía y realizándose estudio y seguimiento por parte del Servicio de Digestivo.

Evolución: Buena evolución, sin precisar tratamiento quirúrgico por el momento.

Conclusiones: a) Se trata de un caso de litiasis biliar indolora con colestasis progresiva; b) utilidad del uso de la ecografía en el Centro de Salud, detectando la presencia de litiasis biliar corroborada luego en el Hospital.

ID 708

LABILIDAD EMOCIONAL POST ICTUS. DESCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE UN CASO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Cristina López Mompó, Ignacio López Pavón, Celia Tajada Vitales, Susy Mei Joy Way Bueno, Bernardo Uehara Escudero Whu, Natalia Canovas Essard

ABS Can Mariner Dr. Vilaseca.

Ámbito del caso: Consulta de Atención Primaria en un centro de salud de ámbito urbano.

Motivos de consulta: Paciente que acude a la consulta por otro motivo (dolor cervical). Durante la anamnesis aparece de forma súbita risa incoercible e incontrolada disociada de su expresión facial. Cuando se calma nos explica que presenta frecuentemente estos accesos de llanto o risa sin poderlos controlar. Esta situación le genera gran inquietud

Historia clínica: Paciente de 67 años sin antecedentes de interés. Hace 18 meses padeció un ictus de etiología aterotrombótica de territorio posterior por oclusión de tercio proximal de arteria basilar. Como secuela presentó hemiplejía izquierda por la que ha realizado rehabilitación con recuperación funcional satisfactoria. A las pocas semanas del ictus empezó a experimentar estos episodios. Impresión diagnóstica: labilidad emocional de etiología cerebrovascular. Se hace diagnóstico diferencial con delirium, trastorno bipolar, manía y depresión.

Juicio clínico: Tras descartar, por no cumplir los criterios descritos en el DSM IV, las entidades planteadas en el diagnóstico diferencial, concluimos que la sintomatología del paciente es compatible con labilidad emocional post ictus. Este cuadro clínico es reseñado en las principales guías de práctica clínica sobre enfermedad cerebrovascular. Aproximadamente un 10% de los pacientes que han padecido un ictus experimentarán estos síntomas durante el primer año. **Tratamiento:** Se explica al paciente y a su cuidadora principal la naturaleza benigna y generalmente transitoria de su sintomatología. Sólo deberán tratarse con fármacos (antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina) los casos en los que la sintomatología resulte muy perturbadora para el paciente. Seguimiento: se realizaron cuatro visitas con periodicidad mensual para monitorizar la evolución del proceso y la posible aparición de síntomas depresivos o alteraciones cognitivas post ictus.

Evolución: En la actualidad el paciente se encuentra asintomático. **Conclusiones:** La aparición de labilidad emocional tras un ictus es un problema que debe ser conocido por los médicos de Atención Primaria, ya que puede interferir en la recuperación funcional del paciente, provocar su aislamiento social y confundirse con trastornos depresivos. Generalmente es transitoria y no requiere tratamiento farmacológico.

ID 1751

COAGULOPATÍA CON COAGULACIÓN BÁSICA NORMAL

Pablo Royuela Ruiz, Virginia Carbajosa Rodríguez, Jesús Ángel Moche Loeri, Fernando García Martín, Carlos del Pozo Vegas, Juan Carlos Sánchez Rodríguez

Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

Ámbito del caso: Mixto. Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta: Rectorragia y gingivorragia.

Historia clínica: Paciente mujer de 14 años sin alergias conocidas. Epistaxis de repetición durante la infancia. Menorragia desde la menarquia (a los 11 años) en estudio por Ginecología. Estudiante de 3º de ESO. Enfermedad actual: consulta por un episodio único de rectorragia moderada sin otra sintomatología asociada. En la anamnesis dirigida refiere gingivorragia diaria. No equimosis salvo traumatismos claros. Exploración física: TA 110/65 FC 65 lpm. Afebril. Buen estado general. En orofaringe se observan signos de inflamación en encías superiores. Tacto rectal sin evidencia de tu-

moraciones ni fisuras, pero con restos de sangre roja en guante. No púrpura, petequias, ni otras lesiones cutáneas, salvo estrías de distensión en piernas y caderas. Resto de exploración dentro de la normalidad. Pruebas complementarias: se solicita hemograma, bioquímica y coagulación básica. Todos los parámetros están dentro de la normalidad (hemoglobina: 13,9 g/dl, plaquetas 198.000/ μ L, INR: 0,95, Actividad de protrombina: 108%, TTPA: 33 seg). Viene acompañada de su madre que comenta tener menstruaciones abundantes (al igual que la abuela materna) y equimosis frecuentes, que nunca han sido estudiadas.

Juicio clínico: Diátesis hemorrágica con analítica básica normal. Sospecha de enfermedad de von Willebrand (EVW).

Tratamiento: Tras comprobar que las hemorragias no han tenido repercusión hemodinámica ni han afectado el hemograma no pautamos tratamiento, aunque solicitamos interconsulta preferente a Hematología.

Evolución: La paciente es estudiada en Hematología que comprueba mediante análisis específicos (RIPA, FVW:Ag, etc.) que la paciente padece la EVW.

Conclusiones: La enfermedad de von Willebrand (EVW) es el trastorno de coagulación más común. Afecta a casi el 1% de la población, pero sólo un 10% de ellos consultará al médico por síntomas hemorrágicos. Existen 3 tipos (y varios subtipos) diferentes y, en todos ellos, el factor de von Willebrand (con un importante papel en la hemostasia) es deficitario o ineficiente. El diagnóstico de la EVW es complejo y debe realizarlo el hematólogo. Sin embargo, el médico de familia debe sospecharlo ante la clínica, la historia familiar y una analítica compatible. Debido a que los síntomas suelen ser leves, la mayoría de los pacientes permanecen sin diagnosticar. No obstante, los episodios hemorrágicos pueden ser graves y necesitar tratamiento, especialmente en caso de intervenciones quirúrgicas.

ID 541

ADENOPATÍAS EN MUJER DE 17 AÑOS

M^a Adolfinia Romero Garrido¹, Alberto Benavente Fernández², Luis Javier Luna López¹, Ainhoa García-Orad Díez-Astrain³, Rosa María Plata Sánchez², José Antonio Moreno Quirós¹

¹CS de Baza. ²Hospital Comarcal de Baza. ³Baza.

Ámbito del caso: Mixto. Telemedicina interniveles.

Motivos de consulta: Adenopatías.

Historia clínica: Mujer de 17 años sin antecedentes de interés. Anamnesis: bultomas cervicales bilaterales de días de evolución, inicialmente indoloros, en el contexto de un catarro leve, no febril. No otra sintomatología a destacar. Exploración: adenopatías submandibulares bilaterales de 2,5 cm, adenopatías laterocervicales izquierdas < 1 cm. Dos semanas después aparece adenopatía supraclavicular derecha. ACR normal. Abdomen: normal. No adenopatías axilares o inguinales. Se solicita desde Atención Primaria (AP): hemograma, bioquímica, serologías de CMV, VEB, VHB y C, toxoplasmosis, VIH y lúes: normal/negativas. Rx de tórax normal. Descartados sdr mononucleósicos y con la sospecha de proceso linfoproliferativo, se utiliza el sistema de telemedicina (TM) para comunicación interniveles con Medicina Interna (MI), acordando ampliar estudio, desde AP con frotis de sangre periférica, proteinograma, B2 microglobulina y serología para Rochalimea. Tras los resultados, donde destaca únicamente una B2 microglobulina elevada: 7,34 ug/ml (0,80-2,20), se vuelve a contactar mediante TM con MI, gestionando cita preferente para TAC cérvico-torácico (extensión a mediastino): compatible con proceso linfoproliferativo. Con los resultados del TAC, ese mismo día, coordinado por MI se realiza estudio preanestésico y valoración por Cirugía, concertándose cita para exéresis ganglionar. 8 días tras la exéresis ganglionar, el estudio anatomopatológico determina el diagnóstico.

Enfoque familiar y comunitario: matrimonio con 2 hijos. La hija mayor adolescente es la paciente afecta. La madre trabaja en local de comidas. El padre presenta una gliomatosis. Se encuentra incapacitado desde hace 3 años.

Juicio clínico: El estudio anatomopatológico determina el diagnóstico de linfoma de Hodgkin clásico tipo esclerosis nodular.

Tratamiento: El mismo día del diagnóstico, MI emite informe a hematología, quienes prosiguen en la actualidad con el proceso. Inicia tratamiento de quimioterapia. Tras ello se prevé radioterapia.

Evolución: Favorable. Mantiene la asistencia a actividad escolar.

Conclusiones: El servicio de TM entre AP y MI es una herramienta útil, eficaz y coste efectiva en el abordaje diagnóstico-terapéutico de pacientes. La TM permite consensuar el proceder diagnóstico entre AP y MI, priorizando de forma coordinada las pruebas y acortando tiempos de respuesta; se ha tardado poco más de un mes en llegar al diagnóstico desde AP a Anatomía Patológica, involucrando a 5 servicios, cuando sólo la lista de espera con MI era de 51 días. Se ha evitado el ingreso para estudio de una persona joven durante las fiestas navideñas, permitiéndole mantener la asistencia escolar y vida normalizada.

ID 2392

ME MUERO DE FRÍO

Elena Díaz Vera¹, Marta Pérez Álvarez², Luis Julián Arce Segura³, David Palacios Martínez⁴, Enrique Rodríguez de Mingo³

¹Villa de Vallecas. ²Rafael Alberti. ³Las Américas. ⁴San Blas.

Ámbito del caso: Urgencias. Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta: Disnea

Historia clínica: Varón, 91 años. Antecedentes personales: EPOC, FA paroxística. IABVD. Vive solo, sin ayuda social. Pensionista. Tratamiento habitual: OCD 24 horas/día, Inhaladores (formoterol/tiotropio), digoxina, AAS. Anamnesis: acudió por disnea de 6 horas de evolución, tras corte eléctrico que desconecta oxigenoterapia. Últimas 4 horas: dolor opresivo en hemitórax izquierdo. Sin calefacción en últimas 24h. No otra sintomatología. Exploración: Temperatura 34,8 °C. Taquicárdico. TA 153/98 mmHg. Taquipnea, tiraje. Saturación O₂: 60-80%. Soplo aórtico diastólico, hipoventilación hemitórax derecho. Resto normal. Pruebas complementarias: Electrocardiograma: taquicardia sinusal, ST descendido y T negativas en II, III, aVF, V3-V6. Radiografía torácica: derrame pleural y fibrotórax derechos, lesiones bronquiales inflamatorias crónicas posiblemente sobreinfectadas. Analíticas sanguíneas: 1^a) pH: 7,35, pCO₂: 59 mmHg, pO₂: 31 mmHg, SatO₂: 56%, lactato: 2,8 mmol/L, TnTus: 41 ng/L, Ck-MB (masa) 8 ng/mL, CK: 97 U/L, resto normal. 2^a) TnTus: 90 ng/L, CK: 100 U/L, pH: 7,4, pO₂: 62 mmHg, pCO₂: 56 mmHg, SatO₂: 92%. 3^a) TnTus: 120 ng/L, Ck-MB (masa) 13 ng/mL. Enfoque familiar y comunitario: viudo. Vive solo. Mala relación con su única hija, por lo que no recurre a ella ante el problema. Su hija insiste en solicitar alta voluntaria en nombre del paciente "asumiendo cualquier consecuencia". Rechaza servicios sociales. Se insiste en la potencial gravedad de la situación y se negocia traslado al hospital de referencia.

Juicio clínico: Insuficiencia respiratoria global en EPOC grave. Derrame pleural derecho. Cardiopatía isquémica subyacente. Mala relación familiar que dificulta manejo del paciente. Diagnósticos diferenciales: insuficiencia cardíaca, reagudización EPOC/ infección respiratoria, cardiopatía isquémica aguda/crónica, vasoespasmo coronario por frío, taquicardia supraventricular, pericarditis, TEP, hipotermia. Identificación de problemas: escaso apoyo familiar. Hija autoritaria. Principio de autonomía del paciente. Patología potencialmente grave (electrocardiograma: alteraciones agudas o crónicas. Marcadores de daño miocárdico elevados).

Juicio clínico: Cardiopatía isquémica probablemente secundaria a hipoperfusión por hipotermia. Insuficiencia respiratoria global.

Tratamiento: Oxigenoterapia, anticoagulación, doble antiagregación. Traslado a hospital de referencia para finalizar estudio.

Evolución: Desconocida por derivación interhospitalaria.

Conclusiones: La hipotermia puede ocasionar daños orgánicos graves. Puede desencadenarse en situaciones muy diversas. La escasez de recursos y el mal apoyo familiar aumentan el riesgo de padecer enfermedades por causas evitables. La importancia de este caso radica en que una mejoría de la dinámica familiar y un apoyo psicosocial integral desde Atención Primaria podrían haber evitado la enfermedad. Esto cobra mayor importancia en el contexto socioeconómico actual.

ID 900

ABORDAJE EN MUJER DE 24 AÑOS CON DEBUT DE ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE Y SU REPERCUSIÓN EN EL ÁMBITO FAMILIAR

Cristina Lorenzo Peláez¹, Miguel Quesada Caballero², Celia Pedrosa García³

¹CS Mancha Real. ²Torredonjimeno. ³José Lopez Borneo.

Ámbito del caso: Mixto (Atención Primaria, Urgencias, Atención Especializada). Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta: Universitaria, 24 años acude por cervicalgia, diplopía y parestesias de cuello a mano de 10 días de evolución.

Historia clínica: Enfoque individual: Antecedentes personales: estrés por cuidadora del padre con esclerosis múltiple. Anamnesis: mujer 24 años que acude por primera vez por cervicalgia, cefalea supraciliar izquierda, blefaroespasma, diplopía con pérdida visual sin fotopsias y parestesias de cuello a mano de 10 días de evolución. Presenta preocupación por posible relación con patología paterna, su debut fue similar. Gran impacto emocional a nivel familiar. Exploración neurológica: paresia mirada externa ojo izquierdo, midriasis, resto pares craneales y exploraciones normales. Se derivó a urgencias con análisis y TAC craneal normales, ingresando en Neurología. Neurología: ANA+, Patrón citoplásmico 1/640, bandas monoclonales y ENA pendientes. Potenciales Evocados Visuales normales. En RNM se aprecian dos lesiones en límite bulbo-protuberancial y centro semioval izquierdo. Inespecíficas pero en el contexto clínico sugerentes de enfermedad desmielinizante. Enfoque familiar y comunitario: Antecedentes familiares: padre esclerosis múltiple invalidado (silla de ruedas) con depresión por mediana aceptación de enfermedad. La paciente y su madre son cuidadoras sin ayuda externa, sufriendo junto al padre dicha patología. Familia nuclear ampliada con parientes. Fase IIA extensión. Familia normofuncional (Apgar 9).

Juicio clínico: Neuropatía VI par izquierdo (enfermedad desmielinizante). Diagnóstico diferencial: enfermedad Devic, ELA. Enfermedad desmielinizante.

Tratamiento: Sin tratamiento por Neurología al no cumplir criterios (MacDonald 2010). Apoyo psicológico de su médico durante proceso actual y futuro.

Evolución: En espera de ENA y bandas monoclonales. La paciente pide no informar al padre del diagnóstico temiendo repercusión negativa en su estado de salud (su médico es el mismo y acude a consulta demandando información). Finalmente comparten la noticia y tras importante repercusión individual y familiar, aceptación del cuadro y control de síntomas.

Conclusiones: La experiencia previa con el padre ha de servir para planificar la posible evolución de la paciente, anticipando exploraciones, tratamientos, soporte emocional y situaciones familiares complejas como conspiración del silencio o claudicación familiar.

Sesión Oral 14: Casos clínicos II

ID 1005

EN CASA A TODA COSTA, POR FAVOR

Ana Miranda Muro, Sandra Margot Navarro Contreras, Natalia Spaans Fernández, Héctor C. Martos Álvarez, Violeta Ramírez Arroyo

Parquesol.

Ámbito del caso: Mixto. Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta: Su madre, conviviente, pide ayuda por grave empeoramiento. Ha suspendido tratamiento salvo prednisona.

Historia clínica: Pedro 53 años. Enfermedad de Crohn. Fumador. Soltero. Padre fallecido (cáncer de colon). Vive con su madre. Invalidez absoluta. Recluido en casa en los últimos dos años. Nos recibe en la cama, semidesnudo y descuidado. Poco colaborador. Trastorno del pensamiento, ideas obsesivas. Logorrea, Desnutrición grave. Facies corticoidea. Fístulas perianales gigantes con abscesos y emisión de heces/pus. Enfoque familiar y comunitario: vive con su madre. Invalidez absoluta. Recluido en casa en los últimos dos años.

Juicio clínico: Desnutrición y anemia graves. Abscesos/fístulas gigantes infectadas. Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva, fobia al hospital y aislamiento. Claudicación del cuidador. Dilema ético: ingreso por riesgo vital clínico/analítico (beneficencia) vs negación a ingreso (autonomía del paciente) vs “fobia grave” con posible desenlace fatal psicológico/secundario a intervenciones terapéuticas (no maleficencia).

Tratamiento: Negociamos ciprofloxacino, cefixima, subir el corticoide y una analítica (VS G 70; leucocitosis, desviación izquierda; Hb 6; proteínas 6.06; albúmina 3). Proponemos ingreso y experimenta un episodio de “terror”. Aunque nos planteamos ingreso vía judicial por “necesidad terapéutica ante riesgo vital” esperamos una semana. Mejoran VS G, fístulas y hb (6,8). Reitera que seguirá mejorando en domicilio.

Evolución: Decidimos intervención negociada. Siguiendo visita: Aumenta 5 kg, receptivo, colaborador. Acepta nuestro abordaje incluida interconsulta a digestivo. Pautamos antibiótico indefinido (ciprofloxacino/metronidazol), mesalazina y prednisona. En 3 semanas la hb es 8,2 y la albúmina 3,8. Abordaremos próximamente fobia y trastorno obsesivo.

Conclusiones: Empleamos el método integrado de análisis de dilemas éticos: detección de problemas, determinación del conflicto ético, estudio de circunstancias, examen de posibles cursos de acción. Viendo analítica y exploración sin tener en cuenta el contexto desencadenaríamos un ingreso vía judicial. Sin embargo, el margen dado y su mejoría así como el estar más dispuesto a negociar nos hace reflexionar sobre esta necesidad y lo que prima en la situación. Un varón adulto en uso de sus facultades puede negarse a acudir a urgencias. Existe un problema de personalidad obsesiva con trastorno fóbico acompañante derivado de la enfermedad no diagnosticado. El diagnóstico y tratamiento sería necesario. Un ingreso vía judicial vulneraría el principio de autonomía y amputaría su implicación en la búsqueda de soluciones. Preferimos negociar y hacer alianza terapéutica si no es una urgencia vital inmediata.

ID 515

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA PARA EL MÉDICO DE FAMILIA

María Luisa Luque Escalante¹, Margarita Algaba Montes², Alberto Ángel Oviedo García², Elia Cristina Navarro Suárez³

¹Virgen de Consolación. UGC Utrera Sur. ²Hospital de Valme.

³Nuestra Señora de la Oliva.

Ámbito del caso: Atención Primaria.

Motivos de consulta: Tumefacción en miembro inferior derecho.

Historia clínica: Mujer de 78 años, hipertensa y diabética con buen control, que había sido dada de alta del hospital 7 días antes, tras sufrir una caída accidental con fractura de cadera y precisar implantación de una prótesis total de cadera. Se encontraba en tratamiento con bemiparina 3.500 sc/24h. La traía su hija a consulta, refiriendo gran tumefacción en el muslo derecho en los últimos 2 días. A la exploración, el miembro afecto aparecía claramente aumentado de diámetro en comparación con el contralateral, sin datos inflamatorios locales, con pulsos distales conservados y con buen estado de la herida quirúrgica. Ante la sospecha de una trombosis venosa profunda (TVP), a pesar de realizar el tratamiento con heparina de bajo peso molecular, su MFYC le realizó una ecografía, observando permeabilidad y compresibilidad del sistema venoso profundo del miembro afecto, lo que descartaba la TVP, pero objetivó una imagen anecogénica, irregular, a nivel subcutáneo del muslo. Enfoque familiar y comunitario: tras reinterrogar a la hija reconoció que le “daba pena” inyectar la heparina siempre en el abdomen y que los últimos días se la administraba en la cara ventral del muslo.

Juicio clínico: Hematoma subcutáneo. Mala técnica de punción.

Tratamiento: Se le explicó a la hija la técnica de punción, se puso a la paciente un vendaje compresivo y se evitó la derivación de una paciente frágil y recién operada al hospital para descartar TVP.

Evolución: Evolucionó sin incidencias ni complicaciones y en la actualidad realiza una vida normal y autónoma.

Conclusiones: La ecografía es rápida, indolora y fiable en el diagnóstico de este tipo de patologías. Los autores creemos que el médico de familia debe adquirir nuevas destrezas, como la ecografía, que asocie la información clínica y ecográfica en las mismas manos, con el aumento de la eficacia diagnóstica que de ello se deriva. La ecografía en manos de MFYC podría facilitar el diagnóstico de patologías tromboembólicas y musculoesqueléticas en atención primaria, evitando graves consecuencias y aportando mayor seguridad clínica al paciente.

ID 640

UNA PAROTIDITIS QUE QUITA EL SENTIDO

Irene Lana Villamil¹, Ana Castro Fuertes²,
Ángel David Vázquez Martínez²

¹Moreda. ²Hospital Vital Álvarez Buiya.

Ámbito del caso: Mixto. Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta: Síncope.

Historia clínica: Varón 44 años, obeso, sin hábitos tóxicos ni enfermedades de interés, antecedentes familiares directos de cardiopatía isquémica; que, diagnosticado 4 días antes de parotiditis vírica acude al CS por cuadro sincopal aislado sin relación con ejercicio, con pródomos y recuperación posterior espontánea, niega dolor torácico ni otra clínica cardiológica o neurológica. Asintomático tras el episodio. Constantes vitales y glucemia normales salvo febrícula. Ligera inflamación parotídea y laterocervical izquierda. Resto de exploración (incluyendo neurológica) sin hallazgos de interés. Electrocardiograma normal. Enfoque familiar y comunitario: Brote de parotiditis en la comunidad.

Juicio clínico: Síncope probablemente vaso-vagal. Al tratarse de un caso aislado, de características vaso-vagales y sin alteraciones en la exploración, ¿sería necesaria la derivación al hospital o es segura el alta al domicilio?

Tratamiento: Dada la existencia de febrícula, antecedentes familiares y coexistencia de infección viral se decide realizar derivación al hospital de referencia.

Evolución: Durante su estancia en urgencias el paciente presenta tres episodios de asistolia breve, uno seguido de fibrilación ventricular, que se recupera con maniobras de RCP. El paciente es derivado a la unidad de coronarias del hospital de referencia con sospecha de miocarditis vírica. Tras estudios complementarios se

descarta patología cardíaca y se observa que los cuadros están causados por compresión del seno carotídeo en el contexto de una inflamación parotídea. Tras tratamiento médico e implantación de marcapasos temporal evoluciona favorablemente.

Conclusiones: Las principales guías de valoración del síncope en Atención Primaria estratifican a los pacientes según el riesgo para valorar la necesidad de más estudios. El paciente de nuestro caso sería etiquetado de síncope de bajo riesgo, por lo que no habría precisado la realización de más estudios. Existen, sin embargo, numerosas controversias en la bibliografía que indican una falta de estandarización y consenso en el manejo del síncope. Las guías son una buena ayuda en la práctica diaria pero no pueden sustituir a la experiencia e intuición del médico de familia y deben ser actualizadas a partir de las experiencias que cada caso nos enseña. El masaje del seno carotídeo, no se realiza de forma habitual en la valoración inicial del síncope, salvo que se sospeche directamente su etiología, y probablemente debería tenerse más en cuenta.

ID 1252

DOLOR DE ESPALDA EN UNA PUÉRPERA. LA IMPORTANCIA DEL RAZONAMIENTO CLÍNICO

Susana Sánchez Ramón¹, Marta Moya de la Calle¹,
Susana Manso García², Marta Cano Pazos³,
Alba Pérez González¹, Juan Carlos Sánchez Rodríguez¹

¹Hospital Universitario Río Hortega. ²Magdalena. ³Huerta El Rey.

Ámbito del caso: Mixto. Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta: Puérpera con dolor de espalda, irradiado hacia esternón, que achaca a esfuerzo del parto.

Historia clínica: Antecedentes de interés: hipotiroidismo a tratamiento con levotiroxina. Parto eutócico hace ocho días, con tratamiento con cabergolina en puerperio inmediato, para retirada de lactancia. Administración de Ig Anti-D por Rh. No fumadora. Resto sin interés. Mujer de 36 años con dolor dorsal irradiado anteriormente y que achaca al esfuerzo realizado en el parto de su segundo hijo, ocurrido ocho días antes. Se acentúa a la inspiración, es punzante irradiado a precordial, dificultando la respiración. No disnea. Exploración física: FC 88 lpm, SatO₂ 100%, TA: 80/57 mmHg ACP: normal, abdomen: globuloso, molestias generalizadas a la palpación, coincidente con puerperio inmediato. Extremidades: edemas en piernas hasta rodillas. Exploraciones complementarias: en ECG del centro de salud: bajo voltaje y QT alargado. Enfoque familiar y comunitario: hijo de 8 días.

Juicio clínico: Ante la sospecha de Derrame pericárdico o pericarditis aguda se deriva a la paciente al Servicio de Urgencias hospitalario más cercano, donde se confirma el diagnóstico inicial. El diagnóstico diferencial: derrame pericárdico secundario al hipotiroidismo descompensado. El 30% de los pacientes con hipotiroidismo sufre derrames pericárdicos que rara vez alteran la función cardíaca ni producen taponamiento. El aumento de la permeabilidad capilar es la causa del derrame pleural y pericárdico. Pericarditis o derrame pericárdico secundario al uso de cabergolina, ya que este agonista de la dopamina en receptores D2 selectivo, inhibe la secreción de prolactina, tiene una vida media muy larga y como efectos secundarios están descritos, en hiperprolactinemias y de manera frecuente, la alteración de las válvulas cardíacas y la inflamación del pericardio, así como derrame pericárdico. Derrame pericárdico, secundario a hipotiroidismo descompensado.

Tratamiento: Se instauró tratamiento con HBPM, diuréticos y hormona tiroidea.

Evolución: La paciente evolucionó favorablemente, disminuyendo el derrame que se controlaba con ecocardiograma y dándole el alta con ajuste de tratamiento tiroideo en domicilio.

Conclusiones: Debemos conocer en profundidad los efectos secundarios de los fármacos habituales y debemos ser capaz de realizar diagnósticos de sospecha graves con las herramientas básicas de la consulta (ECG, anamnesis, exploración).

ID 1201**DE PROBLEMA CUTÁNEO A ENDOMETRIOSIS. UNA VEZ MÁS, LA IMPORTANCIA DE UNA ANAMNESIS METICULOSA**

Fernando García Recio, María Teresa Hernando López, Virginia Cardos Gómez, María Luisa González-Baylin Monge, Faira Delmonte Veras, Juan Manuel Gómez Aguinaga

CS Casa de Campo.

Ámbito del caso: Mixto. Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta: Supuración serohemorrágica umbilical recidivante.

Historia clínica: Antecedentes personales: ex-fumadora. Quistectomía laparoscópica ovario izquierdo. Anamnesis: mujer de 39 años que presenta episodio de supuración serohemorrágica leve iniciado ese mismo día. No fiebre ni dolor abdominal ni lesiones de otra localización. Hace 1 mes, episodio similar que fue diagnosticado de onfalitis inespecífica, tratada con antibióticos. Exploración: abdomen blando, ruidos hidroaéreos normales, no dolor, no masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Tumoración violácea de 1 cm en borde inferior de ombligo. Supuración serohemorrágica moderada en el momento de la exploración.

Juicio clínico: La valoración inicial de la paciente orienta a un problema local (recidiva de onfalitis previa). Se reinterroga a la paciente, que refiere inicio de menstruación esa misma mañana. La relación temporal del sangrado umbilical con la menstruación junto con el antecedente de cirugía laparoscópica nos hacen establecer un diagnóstico de sospecha de endometriosis umbilical secundaria a implantación endometrial posquirúrgica.

Tratamiento: Se deriva a Ginecología: exploración y ecografía sin hallazgos. Se solicita biopsia de pápula umbilical que es informada de endometriosis con cambios hemorrágicos y fibrosis reactiva periglandular. Se inicia tratamiento hormonal.

Evolución: En ciclos posteriores presenta dismenorrea moderada, dolor al defecar y rectorragia.

Conclusiones: La endometriosis umbilical es un hallazgo infrecuente y que se puede relacionar con antecedentes de cirugía abdominal o pélvica, incluyendo acceso laparoscópico (probablemente debido al trasplante de células endometriales producido durante la cirugía). Proponemos este caso clínico como ejemplo, una vez más, de la importancia que tiene para el médico de familia realizar una anamnesis completa y meticulosa, con el fin de llegar a un enfoque diagnóstico correcto: un interrogatorio adecuado puede variar el enfoque e incluso el diagnóstico diferencial (evaluación inicial como problema cutáneo local, evaluación final como proceso ginecológico con repercusiones potencialmente importantes).

ID 726**¿QUÉ HACER EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTE ANGIOEDEMA QUE NO RESPONDE A TRATAMIENTO HABITUAL?**

Lubna Dani Ben Abdellah, Karen Viera Rodríguez

La Paz.

Ámbito del caso: Mixto

Motivos de consulta: Mujer de 22 años que acude a consulta de Atención Primaria por edema no eritematoso, doloroso, en labio inferior, pie derecho y mano izquierda de 24 horas de evolución. Habón pruriginoso en glúteo derecho. Coincidente con menstruación. Dos semanas antes acude a Urgencias donde se trata con Polaramine y Celestone Cronodose im, sin mejoría hasta pasadas 72 horas.

Historia clínica: Sin antecedentes personales. Astenia y rinitis. Leve hinchazón de lengua en 48 horas previas que cede espontáneamente. Niega ingesta de alimentos no habituales. No fiebre. No otros síntomas. Tratamiento habitual: anticonceptivos orales. Exploración física: edema no eritematoso en labio inferior que se extiende a hemicara derecha, edema palpebral izquierdo, pie

derecho y mano izquierda. Godet negativo. Habón pruriginoso en glúteo derecho. Vía aérea permeable. No edema de úvula. Resto normal. Hemograma, bioquímica, inmunoglobulinas, ANA, FR, C3, C4, proteinograma, hormonas tiroideas, IgE sérica: todas normales. **Juicio clínico:** Juicio clínico sindrómico: angioedema no histamínico. Diagnóstico diferencial: angioedema histamínico, angioedema dracínico: fármacos/infecciones/déficit C1 inhibidor, enfermedades autoinmunes: lupus, amiloidosis, hipotiroidismo, mastocitosis, síndrome de Melkersson.

Tratamiento: Se suspende tratamiento anticonceptivo. Se administra 1 ampolla adrenalina, 300 mg hidrocortisona, 5 mg dexclorfeniramina. Se observan a las 6-24 horas no siendo efectivo el tratamiento administrado.

Evolución: Dados los resultados y la falta de respuesta a corticoides y anti-H1, se establece alta sospecha diagnóstica de angioedema bradínico, y se decide derivar a Alergología para completar estudio. Se determinan: C1inh, C1q, Prick-Test: negativos. Estudio genético: mutación del factor XII de la coagulación asociada a angioedema familiar tipo III por estrógenos.

Conclusiones: El angioedema hereditario (AHE) engloba variados mecanismos etiopatogénicos con una manifestación clínica común: aparición aguda, episódica y recurrente de edema en dermis, no pruriginoso, con bordes bien definidos. De aparición lenta y autorresolutivo en 96 horas. La afectación de la vía aérea superior es lo más grave pudiendo comprometer la vida. En presencia de angioedema inexplicable de más de 12 horas de evolución sin respuesta a corticoides y antihistamínicos sospecharemos AHE. Un buen juicio clínico en Atención Primaria de un síntoma guía frecuente puede llevarnos al diagnóstico casi de certeza de una enfermedad rara, que en ocasiones implica un riesgo vital.

ID 535**EL ECG EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA NO CARDIACA**

Lluís Cuixart Costa¹, Vanessa Serrano Borraz², María Jesús Gallardo Guerra³, Sonia Fuentes Rodríguez³, Guillermo Jordi Reichenberg¹

¹EAP Dreta l' Eixample. ²Larrard. ³EAP Jaume Soler-Cornellà de Llobregat.

Ámbito del caso: Urgencias (Atención primaria y hospitalarias). Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta: Parestesias en manos y pies.

Historia clínica: Antecedentes personales: Paciente de 19 años, que da lactancia a su hijo de 7 meses, sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes patológicos de interés. Exploración física: signos vitales conservados. ACP: normal. No signos de insuficiencia cardíaca. Sin focalidad motoro-sensitiva. Signos de Trousseau y Chevestek presentes. Enfoque familiar y comunitario: natural del Pakistan. Escaso consumo de lácteos y escasa exposición solar por motivos culturales.

Juicio clínico: El diagnóstico diferencial en urgencias de las parestesias en manos y pies incluye principalmente patología neurológica (polineuropatías, enfermedades desmielinizantes, patología centrales) y alteraciones hidroelectrolíticas. La presencia de los signos de Trousseau y Chevestek sugiere un origen por hipocalcemia que se confirma en la analítica sanguínea: Calcemia 4,9 mg/dl. Se realiza ECG para descartar repercusión cardiológica, que evidencia un alargamiento del QT (QT: 0,44 ms QTc: 0,51 ms). Impresión diagnóstica: hipocalcemia sintomática con alargamiento del QT/QTc. Diagnósticos diferenciales: la causa más frecuente de hipocalcemia es la hipoalbuminemia. Pero en adultos jóvenes se debe descartar el déficit nutricional y/o deficiencia de vitamina D, como en nuestro caso.

Tratamiento: Ingreso hospitalario para reposición de calcio y monitorización cardíaca.

Evolución: Reposición endovenosa del calcio hasta alcanzar calcemia de 8,7 mg/dl con normalización del QT/QTc.

Conclusiones: Las alteraciones en el ECG pueden ser debidas a etiologías no cardíacas potencialmente reversibles, como en nuestro caso, en que la hipocalcemia por déficit de aporte, ha provocado un alargamiento del QT. Se trata de una alteración electrocardiográfica, que traduce una mayor tendencia a presentar arritmias ventriculares graves (torsada de pointes) y por tanto de muerte súbita. Se origina por alteraciones genéticas (síndrome del QT largo congénito), pero también por causas extracardíacas como efectos secundarios de distintos fármacos o trastornos hidroelectrolíticos como la hipocalcemia y la hipomagnesemia. Es una patología poco diagnosticada tanto en los servicios de urgencias como en atención primaria por el bajo conocimiento en la técnica de medición del QT/QTc. Pero debido a la potencial gravedad de sus complicaciones, y a que su origen puede ser cardíaco o extracardíaco, concluimos en la importancia de realizar e interpretar el ECG de forma sistemática, incluyendo la medida del QT/QTc e investigar sus posibles etiologías.

ID 1195

INTERVENCIÓN EN UNA MUJER DE 30 AÑOS CON SÍNTOMAS Y SIGNOS MAL DEFINIDOS

Celia Pedrosa García¹, Cristina Lorenzo Peláez², Miguel Quesada Caballero³, Cristina Sofía Rodríguez Ortega¹

¹José López Barneo. ²CS Mancha Real. ³Torredonjimeno.

Ámbito del caso: Mixto; la mayor parte en Atención Primaria, pero también en Atención Especializada y Urgencias. Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta: El motivo de la primera visita fue un cuadro de vértigos y mareos. Los meses consecutivos, la paciente acudió a las consultas de Atención Primaria y Urgencias de manera frecuente y con variada sintomatología: palpitaciones, disnea, dolor mamario, dolor en hipocondrio izquierdo, epigastralgia, náuseas, vértigos, mareos y parestias en miembros superiores de predominio nocturno, principalmente.

Historia clínica: Antecedentes personales: la única enfermedad de interés diagnosticada era migraña. Anamnesis: mujer de 30 años casada que empieza a asistir a consulta con frecuencia y mostrando múltiples signos y síntomas mal definidos. Exploración: física general y por aparatos y sistemas normal. Alterada exclusivamente la exploración psíquica. Pruebas complementarias: analítica completa, electrocardiograma, radiografía de columna cervical y ecografía mamaria sin alteraciones patológicas. Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en la etapa I (Formación), fase centrípeta (nido vacío) del Ciclo Vital Familiar (familia normofuncional). Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva. Acontecimientos vitales estresantes: hermana con síndrome de Down, abuelo pluripatológico, madre diabética con alta carga laboral familiar y muerte de su mejor amiga. No alergias medicamentosas conocidas, no fumadora ni otros hábitos tóxicos, no intervenciones quirúrgicas. En agosto de 2011, diagnosticada de migraña. Impresión diagnóstica: en función de la variada sintomatología, se plantearon diversos diagnósticos diferenciales: vértigo periférico, polineuropatía periférica, síndrome ansioso-depresivo, trastorno adaptativo y trastorno de la personalidad.

Juicio clínico: Tras valorar la clínica, el genograma y los AVE nos planteamos como hipótesis un trastorno afectivo secundario denominado trastorno de adaptación mixto, con ansiedad y depresión (F43.22 según la clasificación de la CIE-10 y 309.28 según la DSM-IV). **Tratamiento:** Tratamiento antidepresivo, apoyo emocional por nuestra parte y reglado por Salud Mental.

Evolución: Actualmente nuestra paciente demuestra notable mejoría clínica, aunque aún está pendiente de terminar el tratamiento. **Conclusiones:** La aplicabilidad de este caso para la Medicina Familiar y Comunitaria se basa en la importancia del seguimiento de nuestros pacientes englobando sus visitas en un conjunto; y con ello estar atentos a las vivencias de sus problemas, que son expresión de situaciones vivenciales y/o comunicacionales de su entorno socio-familiar.

ID 2383

EL PACIENTE QUE VINO POR UNA CONJUNTIVITIS Y SALIÓ CON UNA VIDA NUEVA

Santiago Arnal Urroz¹, Izarbe Galindo Serrano¹, Inmaculada Erruz Andrés², Paula Claver García¹, Maite Sanz Aldana³, Carmen Burgase Oliván³

¹Perpetuo Socorro. ²Santo Grial. ³Hospital San Jorge.

Ámbito del caso: Atención Primaria.

Motivos de consulta: Varón, 53 años, acude por conjuntivitis bilateral. Llama la atención taquipnea y sudoración. Al preguntarle por la taquipnea refiere que últimamente duerme mal, tiene disnea, pitos en el pecho. Fuma, consume 500 g/alcohol semanales, tanto solo como acompañado. Sedentario, alimentación deficiente. Ha descuidado sus relaciones familiares y le cuesta rendir laboralmente.

Historia clínica: Antecedentes de consumo excesivo de alcohol de larga evolución, tabaquismo, delirium tremens tras deshabitación por cuenta propia, esteatosis hepática y una sanción por conducir ebrio. TA 170/90 mmHg, 117 ppm, IMC 28. auscultación cardiopulmonar tonos taquicárdicos, hipofonesis, espiración alargada, sibilantes inspiratorios y espiratorios. Hepatomegalia. Leve temblor distal. GGT 2503, ALT 93, AST 188, glucemia 139 mg/dl. Macroцитosis con hiperchromia, plaquetopenia, ferritina > 2.000 ng/ml. Espirometría: patrón obstructivo mixto. MALT y CAGE positivos. Enfoque familiar y comunitario: vive solo, soltero, tiene relación con su padre y su hermano. Trabaja como conductor.

Juicio clínico: Dependencia alcohólica. Tabaquismo. EPOC. Obesidad. Hiperglucemia. Conjuntivitis.

Tratamiento: En esta consulta la actitud terapéutica fue hacerle constar que había un consumo excesivo de alcohol que afectaba a su salud y su vida. Se citó en consulta programada para resultados, abordando la necesidad urgente de cesar del alcohol. Se explicaron problemas derivados del alcohol, las consecuencias actuales y futuras complicaciones. Se contestaron las preguntas del paciente que asumió su problema y se estableció conducta conjunta con él para desintoxicación y deshabitación, posponiendo tabaquismo. Se hizo desintoxicación domiciliaria con diazepam y complejo vitamínico B, dando pautas de tratamiento y de apoyo familiar.

Evolución: Se realizaron revisiones periódicas satisfactorias, con abordaje progresivo del alcoholismo, estableciendo un buen feed-back. El paciente modificó paulatinamente sus hábitos de vida, perdiendo peso. Tras 45 días en abstinencia se procedió a deshabitación con fármaco interdutor inhibidor reversible de aldehído deshidrogenasa. El perfil hepático se ha normalizado salvo GGT 110UI/l. Varios meses después sigue en abstinencia, ha cambiado su vida, mejorado sus relaciones familiares y laborales.

Conclusiones: El alcoholismo es el 3º factor de riesgo para enfermar, un 25% de pacientes lo padecen y puede causar más de 60 enfermedades. Influye en la esfera biológica, emocional y social. Valorar al paciente por entero y no quedarnos sólo con su conjuntivitis reveló un problema serio que debe ser abordado en la consulta de primaria.

ID 1483

ACIDOSIS LÁCTICA POR METFORMINA

Izarbe Galindo Serrano¹, Paula Claver García¹, Santiago Arnal Urroz¹, Carmen Quintana Velasco¹, Maite Sanz Aldana², Patricia Sanz Puértolas¹

¹Perpetuo Socorro. ²Hospital San Jorge.

Ámbito del caso: Urgencias. Caso multidisciplinar

Motivos de consulta: Mujer de 76 años con gastroenteritis con fiebre de inicio hace 8 días, tratada con dieta, con mejora inicial, hace 4 días reagudización sin fiebre, hoy cuantiosos vómitos y deposiciones, derivándose a urgencias.

Historia clínica: Antecedentes de hipertensión y diabetes tipo II en tratamiento con metformina 1.000 mg/12h. Exploración: pálida, sudorosa, taquipneica, mal estado general, constantes estables. Abdomen distendido, blando, doloroso, depresible con íleo paralítico. Resto anodino. Pruebas complementarias: bioquímica: insuficiencia renal aguda con filtrado glomerular 3,7 ml/l, urea 163 mg/dl y creatinina 10,7 mg/dl, elevación enzimas pancreáticas, hiponatremia y LDH 532 U/l. Gasometría venosa con acidosis metabólica láctica con pH 6,87 y láctico 13 mmol/l. Hemograma con hemoconcentración. ECG y radiografías normales. Enfoque familiar y comunitario: independiente, vive en medio rural.

Juicio clínico: Acidosis láctica por acumulación de metformina en el contexto de insuficiencia renal aguda prerrenal por deshidratación por gastroenteritis.

Tratamiento: En urgencias se inicia fluidoterapia intensiva, bicarbonato endovenoso y antieméticos. Ingresa en UCI donde se continúa tratamiento conservador y estricto control gasométrico. A las 24h pico de ácido láctico de 19 mmol/l.

Evolución: Es dada de alta al decimosexto día con normalización de función renal y tratamiento insulínico para la diabetes.

Conclusiones: La metformina es una dimetilbiguanida anti-hiperglucemiante que inhibe la neoglucogénesis y la glucogenólisis. Su absorción es lenta e incompleta, se excreta 70-80% inalterada en orina por secreción tubular activa. Entre sus contraindicaciones está la patología aguda con riesgo de deterioro de la función renal como deshidratación, infección grave y shock. La acidosis láctica por metformina es una complicación muy rara (incidencia 3-8 casos/100.000 pac/año). Suele estar asociada con alguna situación subyacente. Su importancia radica en su alta mortalidad (50% de los pacientes) y la inespecificidad del cuadro. La acumulación de metformina aumenta el metabolismo anaerobio. Disminuye la actividad de la piruvato deshidrogenasa acumulándose precursores del ciclo de Krebs y aumentando el paso de piruvato a lactato. Todos los casos revisados precisaron hemodiálisis o hemofiltración y la mortalidad se asoció a la comorbilidad previa y estado clínico inicial. Este caso se resolvió con tratamiento conservador con fluidos y bicarbonato. El manejo del paciente diabético desde atención primaria con gastroenteritis o procesos que afecten a la función renal debe incluir, además de una correcta hidratación, el ajuste farmacológico y una vigilancia estrecha.

un Coaguchek XS® y supervisión por el médico a través del sistema de telemedicina. Esta fase está orientada a la educación continuada del paciente. Fase 2ª. Autocontrol: automedición y automedicación, tutelada (o supervisada) por el médico. El paciente sigue enviando igualmente las determinaciones del INR y cuestionarios, además de la titulación de dosis elegida, estando a disposición del médico para su revisión y análisis. Existe la posibilidad de alternancia cíclica entre fases 1ª y 2ª ocasionada por eventos quirúrgicos, deseo inespecífico del paciente o del médico, etc. Estudiar la viabilidad del servicio propuesto.

Material y métodos: Estudio experimental controlado, aleatorizado, paralelo y multicéntrico llevado a cabo en los centros de salud de la Región Asistencial Noroeste de Madrid. Se estima un periodo de reclutamiento de 3-4 meses y un periodo de seguimiento de 18 meses. El tamaño de muestra esperado es de 212 casos por grupo. Se consideran candidatos aquellos pacientes que necesitan tratamiento anticoagulante crónico oral en el área de estudio y que otorguen su consentimiento informado. Para cada paciente reclutado se introducirán sus datos clínicos y epidemiológicos en el sistema informático incluyendo su último INR y la dosis total semanal que utiliza. En la visita de inclusión se realizará la recogida del resto de información prevista en el protocolo de estudio. Los pacientes del grupo intervención serán formados por personal del Centro Coordinador de Intervenciones en: la utilización del dispositivo de automedida del INR, el envío del INR a través del sistema de telemedicina, recepción de mensajes del personal sanitario y manejo de las tablas para autodosificación del Sintrom®.

Aplicabilidad de los resultados esperados: Reducir la presión asistencial causada por los pacientes anticoagulados y sus habituales controles del INR. Mejorar la calidad de vida de las personas en tratamiento con anticoagulantes orales y aumentar su capacidad de autogestión de su problema de salud.

Aspectos éticos-legales: El presente estudio seguirá las recomendaciones internacionales recogidas en la declaración de Helsinki. Igualmente, se seguirán las recomendaciones nacionales de acuerdo a la Ley de Investigación Biomédica 14/2007. Consentimiento informado: documento explicativo que consta de una introducción donde se exponen los detalles y objetivos del estudio piloto, el funcionamiento de los equipos que se entregan al paciente y la forma de transmitir los datos. Los datos de los sujetos incluidos en él serán tratados de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Todos los aspectos económicos están financiados por el FIS. Actualmente en periodo de inclusión con 51 pacientes incluidos, 27 de los cuales forman parte del grupo de intervención y 24 del grupo control.

Proyectos de investigación

Sesión Oral 15: Proyectos de investigación I

ID 457

SEGUIMIENTO Y CONTROL BASADO EN TELEMEDICINA DE PACIENTES CON TRATAMIENTO DE ANTICOAGULACIÓN ORAL

Montserrat Carmona Rodríguez¹, Oliver Salguero Molpeceres², Pilar García-Sagredo³, Juan Antonio Fragua Méndez¹, Fernando López Rodríguez³, Roberto Álvarez Sánchez³, Grupo Investigador del proyecto FIS 09/90094

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

²Cerro del Aire. ³Instituto de Salud Carlos III.

Objetivos: Con el soporte de una plataforma tecnológica, definir, diseñar, desarrollar e implantar un servicio de seguimiento y control para los pacientes de TAO en Atención Primaria consistente en dos fases: Fase 1ª. Automedida: automedición del INR utilizando

ID 843

ELABORACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

Itziar Vergara Micheltorena¹, Mónica Machón Sobrado¹, Kalliopi Vrotsou¹, Nerea Larrañaga Larrañaga², Miren Dorronsoro Iraeta³, Isabel Larranaga Padilla², Grupo Kronikgune de Investigación en Envejecimiento Activo y Saludable

¹Unidad de Investigación Ap-Osis Gipuzkoa. ²Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa. ³Dirección de Salud Pública del Gobierno Vasco.

Objetivos: Disponer de una herramienta que permita obtener información sobre la situación real de las condiciones de vida y salud de la población mayor de 65 años, de modo que oriente el diseño de estrategias socio-sanitarias eficientes.

Material y métodos: Para el diseño de la herramienta de interés se propuso un plan de trabajo en cuatro fases dirigidas a: 1. Identificar las grandes áreas de información que debe contener la he-

rramienta. 2. Definir la metodología de recogida de información. 3. Validar la herramienta. 4. Difundirla en la comunidad científica y en las instituciones susceptibles de emplearla. Estas tareas se desarrollaron empleando metodologías de búsqueda y revisión de la bibliografía, benchmarking y grupos de expertos (fases 1 y 2); pilotaje, trabajo de campo y análisis de datos (fase 3); comunicación científica y marketing (fase 4). Las fases 1 y 2 han sido completadas y se dispone de una versión inicial y consensuada de la herramienta. Esta está compuesta por 145 preguntas que abordan: características sociodemográficas, estado de salud, situación de dependencia, hábitos de vida, red y relaciones sociales y condiciones de la vivienda y del ámbito de residencia cercano, entre otras. Este cuestionario ha sido pilotado y está actualmente siendo empleado en una muestra de 1.000, sujetos de modo que la información de ahí obtenida permita su validación y la generación de su versión definitiva.

Aplicabilidad de los resultados esperados: El proceso de elaboración de esta herramienta ha permitido identificar diversos instrumentos empleados en los ámbitos social y sanitario que abordan aspectos relacionados con la salud y las condiciones de vida, pero raramente lo hacen de forma integrada. Además, aspectos como la participación y la red social son abordados desde perspectivas diversas centradas, fundamentalmente, en el cuidado requerido por este grupo poblacional y no tanto abordando su papel como ciudadanos activos. Por último, en los casos en los que se estudian las condiciones de vida, estas suelen hacer referencia a las condiciones familiares y del hogar y raramente a las del ámbito local o comunitario en el que las personas desarrollan su vida cotidiana. La herramienta que este proyecto permitirá elaborar trata de ofrecer una valoración integral de las condiciones de vida y salud superando algunas de las limitaciones citadas. Esta herramienta puede constituir un recurso útil para agencias e instituciones con interés en conocer de forma integral, las condiciones de vida y salud de la población mayor, ya que aporta información relativa al estado de salud y a las condiciones de vida e incluye aspectos que otros instrumentos relacionados no contemplan.

Aspectos éticos-legales: Todos los sujetos participantes en la fase de trabajo de campo del estudio prestaron su consentimiento informado a tomar parte del mismo.

ID 924

EFICACIA DE LA DIGITOPRESIÓN EN LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR CERVICAL DE ORIGEN BENIGNO

Susana Calvo Trujillo¹, M^a Luisa Toribio Martín², Teresa Mingo Moreno³, María Pilar Doménech Senra⁴, Aurora García Lerín⁵, Alicia Martín López², EDIDO-CUH

¹Dr. Trueta. ²Consultorio de Becerril de la Sierra (CS de Guadarrama). ³Maqueda. ⁴Santa Mónica. ⁵Almendrales.

Objetivos: Principal: evaluar la efectividad de la digitopresión autoaplicada en puntos de acupuntura, añadida al tratamiento convencional, en la disminución del dolor medido con la EVA en pacientes de 18 a 65 años con cervicalgia de origen benigno, sin irradiación, con contractura muscular y/o limitación funcional y postural atendidos en Atención Primaria. Secundarios: 1 Estudiar el efecto de la digitopresión sobre la percepción de la calidad de vida en pacientes con dolor de cuello benigno a la semana de aprendizaje de la técnica. 2 Identificar el efecto de la digitopresión añadida a tratamiento convencional en la reducción de los días con síntomas en sujetos con un episodio de dolor cervical. 3 Evaluar el impacto de la digitopresión en la disminución de necesidades analgésicas en sujetos con dolor de cuello y en la incapacidad por cervicalgia benigna.

Material y métodos: Ensayo clínico controlado aleatorizado pragmático en Centros de Salud de Atención Primaria. Se incluirán pacientes con diagnóstico de cervicalgia de origen benigno que serán

asignados de manera aleatoria a recibir tratamiento convencional o éste más digitopresión. Los profesionales recibirán instrucción en los Centros por un acupuntor experimentado que supervisará en forma de taller la correcta aplicación de la técnica. Se evaluará la intensidad del dolor mediante una escala milimetrada de 10 cm. El dolor será medido en la inclusión y los días 1, 3, 7, 30 y 90. El tamaño muestral se calcula para detectar una diferencia mínima de 1,5 puntos (DE 2) en la escala del dolor en el día 7, lo que implica incluir, al menos, 80 pacientes por grupo (para unas pérdidas esperadas del 20%). También serán evaluadas la percepción de la calidad de vida (euro QoL-5D) y la capacidad funcional con la escala de Oswestry. Se compararán las medidas en cada punto entre el grupo control e intervención. La evolución de las medidas repetidas se comparará entre grupos con un modelo GEE.

Aplicabilidad de los resultados esperados: Es un procedimiento de interés y con gran utilidad para la vida diaria como vemos en la escasa bibliografía existente y según una experiencia piloto que el equipo investigador ha puesto en marcha. Intuimos que el beneficio de este tipo de técnicas va más allá del tratamiento del dolor, pudiendo ser extensivo a la prevención de problemas de este tipo en aquellos pacientes que tienen trabajos con posturas estáticas y en población mayor.

Aspectos éticos-legales: A los incluidos se les pedirá consentimiento escrito para participar en el estudio y se advertirá que los datos serán guardados y tratados anónimamente, cumpliendo los requisitos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, Protección de Datos de Carácter Personal y Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Todo el proceso de investigación se regirá por los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki (revisión Seúl 2008) y el Convenio de Oviedo (1997) y será acorde con lo dispuesto en la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica. El estudio ha sido aceptado por el CEIC del Hospital Fundación de Alcorcón en febrero de 2013.

ID 946

INTERVENCIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES PREVENTIVAS EN EL CÁNCER COLORRECTAL Y DE CÉRVIX. ESTUDIO EXPERIMENTAL

Joseba Rabanales Sotos¹, Jesús López-Torres Hidalgo², María José Simarro Herraiz³, Ignacio Párraga Martínez⁴, Beatriz Navarro Bravo⁵, Fernando Andrés Pretel⁶

¹Atención Primaria Albacete. ²Centro de Salud Universitario Zona IV. ³SUAP Villarrobledo. ⁴La Roda (Albacete). ⁵Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha. ⁶Unidad de Investigación de Gerencia de Atención Primaria de Albacete (SESCAM).

Objetivos: Evaluar la efectividad de tres intervenciones en Atención Primaria para incrementar la participación en el cribado de cáncer de cuello de útero en mujeres mayores de 25 años y de cáncer colorrectal en personas mayores de 50 años.

Material y métodos: Estudio experimental aleatorizado con grupo control. Los pacientes serán aleatorizados a uno de los siguientes grupos: A) Intervención mediante cartas; B) Intervención mediante llamadas telefónicas; C) Intervención grupal y D) Grupo control. Emplazamiento: estudio comunitario llevado a cabo en un Área Sanitaria. Sujetos de estudio: la población diana está compuesta por mujeres entre 25-74 años y hombres entre 50-74 años, siendo la población accesible los sujetos de estas edades registrados en la base de Tarjeta Sanitaria. Intervención: los participantes de 3 de los grupos recibirán una intervención mediante cartas, llamadas telefónicas o presencial (en grupo). En cualquiera de estas formas de comunicación, la intervención consistirá en informar sobre las recomendaciones preventivas vigentes y los métodos de cribado de ambos tumores, proponiendo la realización de las pruebas oportu-

nas en el centro de salud. En cualquiera de las intervenciones se seguirá una estrategia motivacional, reconociendo la responsabilidad de cada individuo en el cuidado de su salud. Mediciones: variable principal: participación en el cribado de cáncer colorrectal y/o cáncer cervicouterino durante un periodo de observación de 24 meses. Variables secundarias: antecedentes de participación en programas de cribado de cáncer, antecedentes personales y familiares de cáncer, frecuencia de consumo de alimentos (cuestionario CFCA), actividad física (Cuestionario IPAQ), hábitos tóxicos, comorbilidad (Índice de Charlson), estado de salud evaluado mediante EUROQOL-5D, locus de control (Escala de Font), características sociodemográficas, grado de satisfacción con los servicios sanitarios, actitudes hacia el cáncer (Escala EPC), apoyo social (Cuestionario DUKE-UNC) y frecuentación de las consultas de atención primaria. Tamaño muestral: el tamaño muestral se ha calculado estadísticamente para obtener una potencia del 90% con un error alfa de 0,05. El efecto a demostrar se basa en la prevalencia de la participación actual en los cribados, así como en la proporción esperada de cambio tras la intervención. El tamaño requerido total será de 1.072 participantes. Análisis estadístico: comparación de las variables potencialmente confusoras en todos los grupos. Se llevará a cabo un primer análisis crudo, calculando aumento absoluto y relativo de beneficio y número necesario a tratar. Se comparará la incidencia de las variables resultado entre grupos. Para analizar el efecto de las intervenciones se construirán modelos explicativos de regresión logística considerando como variable dependiente la participación en los cribados. El análisis se realizará según intención de tratar.

Aplicabilidad de los resultados esperados: Aunque existe consenso sobre la eficacia del cribado para estos tumores, los resultados dependen del grado de participación. Las estrategias dirigidas a incrementar esa participación pueden contribuir a mejorar la prevención de estas enfermedades.

Aspectos éticos-legales: El estudio se ajustará a la normativa vigente (RD 223/2004 sobre requisitos para la realización de ensayos clínicos) y se deberá adherir a las "Normas de Buena Práctica Clínica". El proyecto ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Área Sanitaria.

ID 1048

EFICACIA DE UNA APLICACIÓN PARA DISPOSITIVOS MÓVILES EN LA DESHABITUACIÓN DEL TABACO: PROTOCOLO DE ESTUDIO

Empar Valdivieso López¹, Gemma Flores Mateo², Juan Domingo Molina Gómez³, Cristina Rey Renones³, Jordi Duch Gavalda⁴, Araceli Valverde Trillo⁵, Grupo Investigador Tobb-Stop

¹Institut Català de la Salut. ²IDIAP Jordi Gol.

³ICS Camp de Tarragona. ⁴Universitat Rovira i Virgili.

⁵Agència de Salut Pública de Catalunya.

Objetivos: El consumo de tabaco en Catalunya afecta a una de cada tres personas adultas y causa alrededor de 9.000 muertos al año. Según datos de la ESCA 2011, el 30,6% de las chicas y el 34,1% de los chicos de 15 a 24 años fuman de forma diaria y/o ocasional. Muchos jóvenes fumadores quieren dejar el consumo, no obstante expresan la dificultad para conseguir mantenerse abstinentes. El desarrollo de una aplicación para dispositivos móviles (APP) puede ser una herramienta útil para ayudar a los fumadores jóvenes a dejar el consumo de tabaco. Evaluar la eficacia de una intervención basada en el diseño específico e implementación de una aplicación para dispositivos móviles (APP) con objeto de reducir la prevalencia de consumo de tabaco en fumadores de 18 a 40 años.

Material y métodos: Ensayo clínico aleatorizado por conglomerados, la unidad de aleatorización serán los Centros de Atención Primaria (AP). Sujetos de estudio: Fumadores de 10 o más ciga-

rrillos al día motivados para dejar de fumar de edades entre los 18 y 40 años que acuden por cualquier motivo a las consultas de AP y que acepten participar en el ensayo clínico. Se excluirán del estudio: a) fumadores con adicción a otras sustancias psicoactivas; b) individuos con enfermedades psíquicas de base; c) participantes con Smartphones NO compatibles con iOS y Android; d) fumadores con una motivación baja para dejar de fumar según la puntuación de Richmond (inferior o igual a 4). Tamaño de la muestra: el número de sujetos necesarios será de 302 individuos en cada grupo. Intervención: aplicación de las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica del Institut Català de la Salut durante 6 meses y uso de la APP como herramienta didáctica y de apoyo durante la deshabituación al tabaco. Grupo control: deshabituación habitual. Variables: se considerará abstinente a los 12 meses al paciente que declare no haber fumado de forma continuada desde el inicio del tratamiento y haber presentado concentraciones de CO exhalado inferior a 10 ppm en cada uno de los controles. Análisis estadístico: Se realizará un análisis de supervivencia y multinivel. Análisis por intención de tratar. Limitaciones: estudio carácter abierto. No es posible enmascarar la intervención, por lo tanto los pacientes como los profesionales de salud conocerán que están sometidos a la intervención, lo que podría condicionar las expectativas de éxito o fracaso de la intervención. Por este motivo, se utilizará una evaluación ciega de los análisis.

Aplicabilidad de los resultados esperados: Con el desarrollo de aplicaciones para dispositivos móviles y la posterior evaluación de su eficacia, se espera obtener una herramienta útil para la deshabituación al tabaco entre los fumadores más jóvenes. Además de aportar más información sobre la eficacia de las intervenciones de deshabituación al tabaco en una población de la que se dispone de poca información en nuestro medio.

Aspectos éticos-legales: El estudio se llevará a cabo siguiendo la Declaración de Helsinki y las normas de buena práctica clínica. El protocolo ha sido valorado por el CEIC del IDIAP Jordi Gol.

ID 1322

EFFECTIVIDAD DE LA MENSAJERÍA MÓVIL PARA RECORDAR PRÓXIMAS CITAS Y MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y EL CONTROL DE PACIENTES DIABÉTICOS ESTRATIFICADOS POR ÍNDICE PREDICTIVO DE RIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Raquel Cobos Campos¹, Arantza Sáez de Lafuente Morinigo¹, Antxon Apinaniz Fernández de Larrinoa², Esther González Ibáñez³, Constantino Guede Cid⁴, Aitziber Etxagibel Galdós³, Grupo PAPPS-SMS

¹Hospital Universitario Araba. ²Lakubizkarra. ³CS San Martin.

⁴Lakua-Arriaga.

Objetivos: Principal: comparar el porcentaje de pacientes del grupo intervención (recordatorio sms) frente a los del grupo control (práctica habitual) que consiguen una HbA1c < 7% en 1 año. Secundarios principales: 1. Comparar el cambio en los valores de HbA1c entre los pacientes del grupo SMS y grupo control a los 12 meses. 2. Identificar factores relacionados con el mayor o menor cumplimiento de actividades preventivas. 3. Comparar la incidencia de complicaciones diabéticas a los 12 meses de la fecha prevista para el control de la HbA1c. 4-Evaluar el porcentaje de pacientes controlados a los 12 meses de la fecha cumplimentación de la HbA1c (pacientes controlados cumplen los siguientes criterios: HbA1c < 7%, TA < 140/80 y riesgo Cardiovascular < 20% medido a través de la escala regicor).

Material y métodos: Diseño: ensayo clínico aleatorio de grupos paralelos. Lugar de realización: Atención primaria (Comarca Araba). Criterios de selección: pacientes diabéticos tipo 2, de entre 35 y 74 años, pertenecientes a la Red Sanitaria Pública del País Vasco (Comarca Araba). N° de sujetos necesarios, muestreo e intervencio-

nes: 232 pacientes (116 por rama) para detectar una diferencia del 18% en el porcentaje de pacientes que alcanzan una HbA1c < 7%. Los pacientes serán aleatorizados a uno de los dos siguientes grupos: Grupo SMS: 3, 2, y 1 semana antes de la cita de control de HbA1c se envía 1 mensaje al móvil recordando la cita y la importancia de la misma. Cuando el paciente acuda a control de HbA1c se realizarán los papps pendientes. Grupo control: Práctica clínica habitual (cuando el paciente acude a consulta se le realizan los papps pendientes). Variables: principal: HbA1c los 12 meses, inferior a 7%; Si/No. Secundarias: cumplimiento de actividades preventivas recomendadas por el PAPPs, presencia de complicaciones diabéticas (microalbuminuria, proteinuria, retinopatía, creatinina sérica alta, cardiopatía isquémica) y paciente controlado (Si/No) a los 12 meses. Limitaciones: variabilidad inter-centros en la práctica clínica habitual. Análisis estadístico: la relación entre la intervención recibida y la variable principal (HbA1c < 7%), el cumplimiento de actividades preventivas, la presencia de reacciones adversas y los factores asociados al mayor cumplimiento de las actividades preventivas se evaluará mediante un modelo de regresión logística. La relación entre la intervención recibida y el cambio en los valores de HbA1c se evaluará mediante regresión lineal.

Aplicabilidad de los resultados esperados: Estudios recientes ponen de manifiesto el gran potencial de la tecnología del teléfono móvil para inducir cambios en el comportamiento relacionado con la salud, por lo que si se observasen resultados favorables en relación al uso de esta tecnología se podría plantear su implantación en la práctica clínica habitual tanto para recordar citas como para otros objetivos en prevención y promoción en los que se pretendan modificar comportamientos relacionados con la salud.

Aspectos éticos-legales: El proyecto ha sido evaluado por el Comité de Ensayos Clínicos del Hospital Universitario de Araba dando su autorización. Los pacientes firman el consentimiento informado si aceptan participar en el estudio.

ID 1339

PERCEPCIONES, ACTITUDES Y SATISFACCIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA Y PACIENTES SOBRE LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS NO COMPLICADAS

Gemma Mas Dalmau¹, María Amparo de la Poza Abad, Carlos Calderón Gómez³, Marta Besa Castella⁴, María Alsina Casaldueño⁵, Pablo Alonso Coello⁶, Grupo de Trabajo sobre la Prescripción Diferida de Antibióticos en infecciones respiratorias agudas no complicadas.

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau-Centro Cochrane Iberoamericano. ³Alza-Donostia. ⁴Numancia. ⁵Montnegre. ⁶IIIB Sant Pau-Centro Cochrane Iberoamericano.

Objetivos: El objetivo principal es conocer las percepciones, actitudes y satisfacción de médicos de familia y pacientes sobre la eficacia de los antibióticos y su prescripción diferida (PDA) en el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas.

Material y métodos: Metodología cualitativa enfocada a la investigación de servicios de salud. El proyecto se desarrollará en dos fases. En una primera, se realizarán entrevistas semiestructuradas a 24 médicos de familia participantes y no participantes previamente en un ensayo clínico sobre la PDA, y a 36 pacientes que hayan colaborado en dicho ensayo. En una segunda fase, se llevarán a cabo 4 grupos de discusión con participantes de la primera fase. La combinación de ambas técnicas favorecerá que los hallazgos ganen en riqueza y validez. **Ámbito de estudio:** Centros de Salud de Cataluña. **Sujetos de estudio:** médicos de familia y pacientes. **Muestreo:** La muestra será intencionada, acumulativa y flexible en función del grado de saturación alcanzado. La estrategia de muestreo propuesta pretende conseguir la mayor riqueza discursiva y consistencia de los hallazgos atendiendo a los objetivos de la investigación. Según

nuestra aproximación teórica acerca de los factores que podrían intervenir en la percepción del fenómeno, se parte de un total de 60 individuos a entrevistar (36 pacientes y 24 médicos). Análisis: la información se registrará en formato digitalizado, formando un corpus textual único, sobre el que se realizará un análisis de contenido temático, tanto para las entrevistas como para los grupos de discusión. Las entrevistas serán transcritas textualmente y se añadirá la información recogida por las entrevistadoras en las notas de campo. Tras varias lecturas repetidas de los textos, se identificarán y codificarán las categorías y temas principales, procediéndose asimismo a su comparación, síntesis e interpretación, para elaborar finalmente una propuesta explicativa de los hallazgos encontrados. El trabajo de análisis se llevará cabo de forma independiente por cada investigador y posteriormente se consensuarán las posibles discrepancias. Se utilizará el programa para análisis de datos cualitativos Atlas.ti. Variables: en el proceso de investigación de la satisfacción, percepción y actitudes sobre la eficacia de los antibióticos y de su PDA, se tendrán en cuenta las características demográficas y laborales de los médicos, su participación o no en el ensayo clínico previo, la utilización de la PDA en su práctica habitual, y el nivel socio-educativo de los pacientes, quedando no obstante abiertos al hallazgo de nuevas posibles variables explicativas. Limitaciones: las limitaciones del proyecto pueden darse por dificultades en el reclutamiento de los participantes, o por insuficiencias informativas que dificulten obtener unos resultados relevantes. En principio se han previsto las medidas para minimizar ambos supuestos.

Aplicabilidad de los resultados esperados: el presente estudio permitirá conocer mejor las razones explicativas de los resultados del ensayo clínico sobre la implantación de la PDA en las infecciones respiratorias, uno de los motivos más comunes en la consulta de atención primaria.

Aspectos éticos-legales: el proyecto será aprobado por el Comité Ético antes de la inclusión de los participantes. En todo el proceso se cuidarán las garantías de anonimato y confidencialidad, utilizándose la hoja de información y consentimiento informado para los participantes.

ID 1354

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE REFUERZO MEDIANTE MENSAJES DE TEXTO VÍA MÓVIL COMO ADYUVANTE EN LOS PROGRAMAS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO MULTICÉNTRICO (PROYECTO SMS-ANTITABACO)

Raquel Cobos Campos¹, Arantza Sáez de Lafuente Morinigo¹, Antxon Apinaniz Fernández de Larrinoa², Aitziber Etxagibel Galdós³, María Elena Magán Aparicio², Inmaculada López de Vinaspre Muguerza³, Grupo SMS-antitabaco

¹Hospital Universitario Araba. ²lakuabizkarra. ³Centro Salud San Martín.

Objetivos: Objetivo principal: evaluar la efectividad de un programa combinado de deshabituación tabáquica de 6 meses de duración (que incluye consejo sanitario proporcionado por el médico y envío de mensajes de refuerzo vía teléfono móvil a pacientes fumadores) frente práctica habitual (consejo sanitario para deshabituación tabáquica), con una puntuación mayor o igual a 5 en la escala de Richmond. **Objetivo secundario:** 1. De los pacientes que han dejado de fumar a los 6 meses, evaluar a los 12 meses el porcentaje de pacientes que continúan sin fumar en ambos grupos. 2. Comparar la prevalencia de abstinencia puntual entre ambos grupos a los 7 días, al mes, y a los 3 meses de inicio del periodo de abstinencia. 3. Porcentaje de pacientes que recaen en ambos grupos y tiempo que tardan en recaer.

Material y métodos: Ensayo clínico aleatorio simple ciego con grupo control. Lugar de realización: centros de salud de la Red Sa-

nitaria Pública del País Vasco-Osakidetza. Criterios de selección: mayores de 18 años, fumador actual, poseedor de teléfono móvil, capacitado para recibir y enviar mensajes y puntuación mayor o igual a 5 en la escala de Richmond. Tamaño muestral: 160 pacientes por rama para detectar una diferencia en el porcentaje de abandono del hábito tabáquico del 10% (14,9% frente a 4,9%) entre ambos grupos. Intervención: cada paciente será asignado aleatoriamente a uno de los dos siguiente grupos de estudio: Grupo intervención: consejo sanitario (verbal y escrito) y mensajes de refuerzo vía teléfono móvil. Grupo control: consejo sanitario (verbal y escrito). Variables: Principal: test salivar de la cotinina a los 6 meses del inicio del programa. Secundarias: abstinencia continua a los 6 meses, abstinencia puntual durante los primeros 7 días y a la 4ª y 12ª semana autorreferido por el paciente, resultado del test salivar de la cotinina a los 12 meses del inicio. Análisis estadístico: las variables cualitativas se expresarán con el porcentaje y el intervalo de confianza al 95% y las cuantitativas con la media y la desviación estándar. El análisis de la variable principal (resultado positivo/negativo del test salivar de la cotinina) se realizará mediante regresión logística. Se utilizará el programa estadístico IBM SPSS Statistic versión 19.0. Se utilizará un valor de alfa de 0,05. El análisis estadístico se realizará por intención de tratar. Sesgos y limitaciones: pérdidas durante el seguimiento a pesar de haber planificado un reducido número de visitas. Ruptura del ciego para los investigadores. Sobreestimación del porcentaje de abandono.

Aplicabilidad de los resultados esperados: El éxito del programa de deshabitación tabáquica propuesto reducirá la morbi-mortalidad cardiovascular asociada al tabaquismo y se podrá usar combinado o ser una alternativa a los tratamientos farmacológicos y al consejo sanitario.

Aspectos éticos-legales: El estudio respeta los principios de la declaración de Helsinki y la normativa sobre protección de datos de carácter personal. El proyecto ha sido aprobado por el CEIC del Hospital Universitario de Araba y todos los pacientes que quieran participar firmarán el consentimiento informado del estudio.

ID 1459

APARICIÓN DE HEMORRAGIA INTRACRANEAL EN PACIENTES TRATADOS CON NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES Y SU RELACIÓN CON EL PERFIL CLÍNICO

María Fortis Ballesteros¹, Norberto Lietor Villajos², Sandra Moraleda Barba³, María Dolores Jiménez Herrera¹

¹CS Belén. ²UGC Belén. ³Consultorio de La Guardia. Jaén.

Objetivos: Determinar la incidencia de evento cerebral hemorrágico (ECH) durante un periodo de 16 meses en pacientes tratados con los nuevos anticoagulantes orales. Valorar la relación con el perfil clínico del paciente, las indicaciones de cada fármaco, la función renal, cumplimiento terapéutico y la supervivencia.

Material y métodos: Estudio de cohorte mixto, multicéntrico, con cohortes dinámicas que incluyen pacientes pertenecientes a un Distrito Sanitario de Atención Primaria. Se incluirán pacientes que han iniciado tratamiento con los nuevos anticoagulantes orales (dabigatrán, rivaroxabán) con un seguimiento de 24 meses (o hasta exitus). Se excluyen aquellos pacientes que cambien de localidad de residencia o que no retiren la medicación. Tamaño muestral mínimo 196 (alfa 5%, beta 20%, ECH 15%). El evento a estudiar es la aparición de ECH y el tiempo hasta su aparición. Se auditarán las historias clínicas (de Atención Primaria, Urgencias y Hospital) en el momento de iniciar el tratamiento y transcurridos 24 meses, recogiendo: variables sociodemográficas (edad, sexo), motivo de indicación de la anticoagulación (FA no valvular, cirugía programada tras fractura de cadera o rodilla, TVP, TEP, SCA), antecedentes personales (diabetes mellitus, hipertensión arterial y cifras medias de TA, dislipemia, obesidad, tabaquismo, función renal, accidentes cerebrovasculares), medicación (anticoagulante empleado y

dosis, cumplimiento, ECH y otros efectos secundarios farmacológicos, evento cerebral isquémico, tratamiento previo con heparina o acenocumarol) y mortalidad (causa y tiempo desde inicio del tratamiento). Se realizará un análisis descriptivo de las variables estudiadas (programa SPSS v21), utilizando medidas de tendencia central y distribución de porcentaje. Se calcularán las densidades de incidencia de las complicaciones farmacológicas y se realizará un análisis de supervivencia para cada grupo farmacológico. Se harán contrastes de hipótesis entre las variables estudiadas según el tipo de fármaco empleado y se realizará un análisis multivariante (regresión logística) para relacionar la ECH con el resto de variables. La significación estadística se establecerá para $p < 0,005$. Limitaciones del estudio: para minimizar el sesgo del entrevistador y el de recogida de la información los investigadores tendrán una sesión formativa para homogeneizar criterios y posteriormente sesiones de control. Sesgo de información: la recogida de datos depende de la calidad de registro de las historias. En caso de datos faltantes se puede llamar al paciente. Escaso tiempo de seguimiento para aparición de ECH.

Aplicabilidad de los resultados esperados: Está descrita en ficha técnica la aparición de episodios hemorrágicos como reacción adversa en un 15%. Dado que no existe en la actualidad antídoto ni monitorización del fármaco, y dada la magnitud y consecuencias de sufrir un evento cerebral hemorrágico en nuestros pacientes, realizaremos este estudio para conocer su incidencia en nuestra zona básica de salud.

Aspectos éticos-legales: El estudio será evaluado por el Comité de Ética e Investigación Científica, según RD 223/04 y se solicitará permiso al Equipo Directivo de nuestro Distrito. Se contempla la normativa para la investigación biomédica y el derecho a la confidencialidad (Ley 15/1999), utilizando un archivo anónimo, con datos personales custodiado por los investigadores.

Sesión Oral 16: Proyectos de investigación II

ID 1487

PREVALENCIA DE SARCOPENIA EN POBLACIÓN ATENDIDA EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD URBANA

Carmen M. Delgado Mediano¹, Rafael J. Delgado Estepa², Marta Guzmán Ruiz¹, Elena Extremera García¹, Cristina Morales Prieto¹, Francisco Javier Valverde Bolívar³

¹El Valle. ²Complejo Hospitalario de Jaén. ³Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Objetivos: La sarcopenia es una patología asociada clásicamente con la edad (síndrome geriátrico) consistente en una reducción progresiva de la masa muscular esquelética que provoca una función muscular deficiente. Se desea conocer su prevalencia en las consultas de Atención Primaria y determinar el perfil de las personas que lo padecen.

Material y métodos: Se pretende desarrollar un estudio descriptivo valorando a pacientes de más de 50 años. Se realizará un muestreo aleatorio de los pacientes pertenecientes a una Zona Básica de Salud urbana, estratificando por edad y sexo, siendo citados de forma telefónica para una consulta programada donde se recogerán los datos. Se calcula un tamaño muestral de 284 sujetos (población 16.400 habitantes, prevalencia 25%, confianza 95%). Se tendrán en cuenta variables sociodemográficas como edad, sexo, nivel económico y vivienda en zona de transformación social. En cuanto a las variables clínicas se valorará la actividad física, tabaco, encamamiento de más de una semana en los 6 últimos meses, la patología degenerativa y la obesidad. Se recogerán los resultados de diferentes técnicas que valoran la

existencia de sarcopenia: medidas antropométricas (cálculo del índice de masa muscular —IMM—) para la masa muscular; fuerza de prensión (dinamómetro estándar como el Camry Handgrip Dynamometer) para la fuerza muscular; y determinación de la velocidad de marcha habitual (tiempo necesario para recorrer 10 m caminando) para el rendimiento físico. El IMM se calcula mediante impedancia bioeléctrica con 4 electrodos, y aplicando después la ecuación de Jassen et al. (2000): $MME = ((\text{talla}^2/R) * 0,401 + (3,825 * \text{sexo}) + (\text{edad} - 0,071)) + 5,102$; $MME (\%) = MME \times 100/\text{peso}$ [h (0,0553 $\times$ cpm² + 0,0987 $\times$ pa² + 0,0331 $\times$ cpp²) - 2,445]. Se realizará un análisis de datos empleando el programa SPSS15 ofreciendo un estudio descriptivo (medias con su desviación estándar y proporciones). Un análisis bivariante mediante la χ^2 para variables cualitativas y la t-Student o ANOVA para comparar medias. Finalmente se realizará un análisis multivariante de regresión logística para relacionar la variable dependiente (existencia o no de sarcopenia) con el resto de variables recogidas. Se evitarán sesgos de información al recoger datos faltantes en las historias mediante entrevista personal.

Aplicabilidad de los resultados esperados: Los resultados pueden ayudar a prevenir la fragilidad muscular-esquelética al conocer el perfil del paciente que más frecuentemente la sufre, orientando de forma más selectiva la alimentación, el ejercicio y, eventualmente, el tratamiento farmacológico.

Aspectos éticos-legales: Se solicitará evaluación por el Comité de Ética correspondiente. El estudio contempla la normativa para la investigación biomédica y el derecho a la confidencialidad (Ley 15/1999), guardándose los datos en archivo anónimo, custodiado por los investigadores. Se explicará la naturaleza de la investigación al paciente, solicitando consentimiento informado (Ley 41/2002).

ID 1493

IDENTIFICACIÓN DE LOS DETERMINANTES DE INGRESOS HOSPITALARIOS EVITABLES EN PACIENTES DIABÉTICOS

Begoña López Hernández¹, Juan Ortiz Espinosa², Natalia Cabrera Castro³, Bárbara Martínez Romero⁴, León Marín Conde², María González Urbano²

¹Distrito Sanitario Granada. ²Gran Capitán. ³Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública.

⁴Hospital Virgen de Las Nieves.

Objetivos: La diabetes (DM) es una patología crónica con impacto creciente en salud. La hospitalización evitable por diabetes (HED) engloba procesos sensibles que podrían haberse evitado mediante cuidados ambulatorios de calidad, sin embargo existen otros factores influyentes: dependencia, apoyo social, comorbilidad, nivel socioeconómico, criterios de hospitalización y coordinación. Conocer los determinantes del ingreso hospitalario permite identificar estrategias de mejora. General: analizar los factores asociados a HED en las Unidades Clínicas de Atención Primaria (UCAP). Específicos: caracterizar la HED por complicaciones agudas y crónicas. Conocer la utilización de los servicios sanitarios públicos por el diabético. Evaluar la importancia relativa de los determinantes: a. Nivel socioeconómico, b. Autonomía, c. Estado evolutivo y pluripatología, d. Adherencia a las Normas de Calidad del Proceso Asistencial Integrado (PAIDM).

Material y métodos: Estudio de casos y controles Se incluyen los diabéticos de UCAP con situación de activo. Se excluyen < 18 años, embarazadas y adscripción sanitaria < 2 años. Periodo de estudio: 2011-2012. Caso es el diabético que ha ingresado por complicaciones según los Prevention Quality Indicators (PQI). Control es aquel que ha acudido al menos una vez al médico de familia y que no ha ingresado por PQI diabetes. Los casos se identificarán por la codificación al alta de su ingreso (CIE-9). La selección aleatoria de los controles se realizará por la prescripción farmacéutica. El tamaño muestral es de 180 Ingresados por complicaciones agudas y 92 por complicaciones crónicas. Se empleará un único grupo control (180) para am-

bas causas. Las variables del estudio se agrupan en: Demográficas (sexo, edad, residencia en ZNTS,...); Autonomía y apoyo sanitario (dependencia, cuidador,...); Calidad de atención ambulatoria (normas PAIDM); Caracterización clínica del diabético (comorbilidad, estado evolutivo,...); Tipo de atención ambulatoria (consultas UCAP, interconsultas, hospital de día,...); Variables resultado: ingresos por complicaciones agudas y crónicas. La fuente de datos es la historia clínica del paciente. Se realizará un análisis descriptivo y un análisis bivariante. Para conocer la fuerza de la asociación de las variables independientes y controlar factores de confusión en cada Grupo de Ingresos se empleará la regresión logística multivariante. Se considerarán resultados significativos si $p < 0,05$. El paquete estadístico utilizado será R y la base de datos Access. Una limitación serán los datos faltantes, que suponemos mínimo ya que el PADIM posee registro específico ampliamente utilizado desde el año 2002. Los ingresos por complicaciones crónicas de la diabetes pueden tener un periodo de latencia largo, por lo que el periodo de seguimiento de cada diabético en el estudio será de 2 años.

Aplicabilidad de los resultados esperados: Contribuirá a la validez de los indicadores de HED en nuestro ámbito y aportará conocimiento científico para el desempeño profesional de la atención primaria, líder del seguimiento ambulatorio de los pacientes

Aspectos éticos-legales: Los resultados de este estudio no revelan datos personales ni los grupos de pacientes serán identificables. Se utilizará un código anonimizado en la Hoja de Recogida de Datos.

ID 1522

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CRÓNICA Y EN SITUACIÓN TERMINAL

José Reynaldo González Reyes¹, Clara Ramos Alaminos¹, Miguel Melguizo Jiménez¹, Beatriz García Martínez¹, Sheila M^a Jiménez Jiménez³, Laura Silis de Nuila²

¹CS Almanjajar. ²Salvador Caballero García.

Objetivos: General: evaluar en atención primaria la efectividad de una intervención sobre planificación anticipada de decisiones (PAD) en pacientes con patología crónica y situación terminal. Específicos: evaluar aceptabilidad e implantación del documento de voluntades anticipadas (VA); describir calidad de registro en historia clínica de datos sobre PAD; identificar perfil de pacientes que realizan PAD, preferencias sobre actuaciones sanitarias deseables al final de la vida y grado de cumplimiento de dichas preferencias tras fallecimiento del paciente.

Material y métodos: Diseño observacional, longitudinal, pre/post intervención. Periodo de captación y evaluación: abril 2013-abril 2014. **Ámbito:** multicéntrico. Atención Primaria. 5 Centros de Salud. Población: pacientes con patología crónica en situación terminal, grave incapacidad o evolución fatal previsible, identificados y seleccionados durante un año por su médico de familia, previamente entrenado en gestión de PAD. Criterios de inclusión: > 18 años y consentimiento informado. Criterios de exclusión: deterioro cognitivo. Estimación del tamaño de la muestra: 5-10 pacientes por cupo médico/año. Muestra: 100-120 sujetos (confianza 95%, precisión 10% y porcentaje de estimación 50%). Variables: independientes. Perfil paciente: edad, sexo, Centro de Salud, morbilidad: CIE. Dependientes (criterios de evaluación). Aceptabilidad: disponibilidad y registro de VA. Calidad informativa de la historia clínica: (1) Cuidadora principal y/o representante legal (2) Nivel de información sobre la enfermedad y pronóstico (3) Estado cognitivo (4) Capacidad funcional. (5) Preferencias, deseos y expectativas del paciente sobre intervenciones sanitarias. Respeto de la PAD: pacientes fallecidos: lugar de fallecimiento, tipo de intervenciones sanitarias y grado de satisfacción sobre preferencias manifestadas. Intervención: I. Preintervención: fase preparatoria del profesional sobre PDA [formación emocional y relacional]. Dos sesiones clíni-

cas: 1ª Sensibilización e información a los profesionales; Concepto de PAD y justificación de la intervención. 2ª Manejo de herramientas de comunicación para realización de PAD y uso de Guía de PAD. II. Intervención: Proceso activo profesional/paciente de PAD. Expresión de preferencias y deseos según protocolo en función del estado clínico y afectivo del paciente. Recogida de datos: historia clínica, con registros de PAD, como soporte de información. Análisis de resultados: primera estrategia de análisis con intención descriptiva. En segunda etapa se explorarán las variables relacionadas con el cumplimiento y satisfacción de PAD en la etapa de final de la vida, considerando estas como variables efecto o dependientes. Limitaciones: tamaño muestral limitado inherente al tipo de paciente. Sesgo de rechazo a intervención y no participación: minimizado mediante estrategia para seleccionar el momento clínico propicio, adecuación del mensaje, suficiente tiempo y manejando recursos comunicativos. Variabilidad de intervención (profesional): minimizado con la fase preparatoria y Guía PAD.

Aplicabilidad de los resultados esperados: La PAD es una herramienta que permite, facilita y anima a las personas a que expresen, definan y concreten, con antelación suficiente, cuando todavía están en condiciones de hacerlo, cuáles son sus preferencias y decisiones respecto al proceso de morir ideal o muerte digna. Intentamos medir con qué frecuencia se utiliza este recurso y constatar si se cumplen las expectativas del paciente para así mejorar la atención al final de la vida.

Aspectos éticos-legales: El estudio es evaluado por el Comité de Ética de Investigación de Granada. La intervención de PED se realiza tras consentimiento informado de cada uno de los pacientes participantes.

ID 1619

ANÁLISIS DE MEDICACIÓN INADECUADA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS Y SU VISIÓN POR PERSONAL SANITARIO

María Dolores Acosta González¹, José Manuel Trujillo Gómez¹, Ana María Iranzo Luna¹, Jerónimo Carrillo Carreño², Ana María Cazorla Jiménez¹, Ana Isabel Carmena Hernández¹, Grupo investigador PADME

¹CS Cuevas del Almanzora. ²CS de Vera.

Objetivos: Conocer prescripciones inapropiadas en ancianos institucionalizados y posibles factores asociados a éstas. Secundarios: Conocer la percepción de la adecuación de la medicación administrada entre el personal sanitario que trabaja en la residencia.

Material y métodos: Proyecto epidemiológico mixto; descriptivo, prospectivo y cualitativo. Durante 14 meses tomaremos datos mediante muestreo aleatorio de 500 pacientes residentes en instituciones de nuestra área sanitaria. Criterios de inclusión: ser paciente institucionalizado Criterios de exclusión: pacientes terminales, no medicados, negativa a consentimiento o con historias incompletas. Cada paciente se valorará 5 veces durante este periodo mediante protocolo que consta de: edad, sexo, diagnóstico/s, número y tipo de fármacos, absorbentes o tiras reactivas prescritos, dosis/día, duración de cada prescripción, origen de la prescripción (médico de la residencia/Atención primaria, especialista o de hospital), valoración psicopsíquica y posibles reacciones adversas secundarias. Clasificaremos las enfermedades según (CIE-10); fármacos, según ATC; capacidad física por escala de Barthel, y capacidad cognitiva por test de Pfeiffer. Catalogamos las prescripciones como inapropiadas aplicando los criterios de Beers, basados en consenso de expertos y en la revisión de la literatura científica. Las tiras reactivas y los absorbentes se clasificarán como inapropiados según guías nacionales. Tras codificar datos y depurar errores, realizaremos un análisis descriptivo seguido de una regresión logística multivariable para calcular las *odds ratio* de las diferentes variables. Usaremos como paquete estadístico STATA 11.0 y SPSS 12.0. Además, de modo

cualitativo, se buscará una aproximación socio-subjetiva. Se realizarán 10 entrevistas a trabajadores sanitarios buscando conocer el modo en que piensan y usan esta medicación y material, mediante cuestionarios realizados por los investigadores y validados por un equipo externo. Tendremos una reunión grupal para debatir los aspectos más destacables del cuestionario. Se realizará un análisis inductivo-descriptivo interpretativo buscando riqueza, variabilidad y saturación de ideas en las aportaciones de los encuestados.

Aplicabilidad de los resultados esperados: Del conjunto de ancianos, los institucionalizados tienen mayor riesgo de iatrogenia medicamentosa por enfermedades concurrentes, polimedicación o las propias prescripciones inapropiadas que reciben. Buscamos aportar datos sobre incidencia de prescripciones inapropiadas, factores que las favorecen y conocer el modo en que los cuidadores perciben y manejan dicha medicación o material sanitario ya que observamos una alta proporción de prescripciones inapropiadas tanto de fármacos como de absorbentes y tiras reactivas; Este proyecto resultaría útil para conocer exactamente nuestro mapa de prescripciones erróneas, atajar las causas y valorar el abordaje mediante educación sanitaria en manejo adecuado de medicación y material al personal sanitario en estas residencias. Nuestros resultados probablemente sean extrapolables a otras zonas geográficas.

Aspectos éticos-legales: No se observan inconvenientes ético-morales ni intereses que no estén relacionados con el avance y consolidación científicos. En todas las instituciones participantes se pedirán los permisos oportunos y se firmará consentimiento informado además de la valoración y aprobación del CEIC.

ID 1737

OPTIMIZACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL CRIBADO Y LA INTERVENCIÓN BREVE EN EL CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL DE ALCOHOL EN CATALUÑA. PROYECTO ODHIN

Begoña Baena Tamargo¹, Estela Díaz Álvarez², Jillian Reynolds³, Lidia Segura García², Joan Colom Farran², Antoni Gual Solé³, Grupo de Alcohol del Departamento de Salud y del Hospital Clínic de Barcelona.

¹CUAP Horta. ²Departament de Salut. ³Hospital Clínic de Barcelona.

Objetivos: Comparar el impacto de 3 intervenciones diferentes, tanto por separado como en combinación, con la condición control, en la tasa de cribado y de intervención breve en alcohol en la consulta de atención primaria.

Material y métodos: Es un proyecto de ámbito europeo que tiene como objetivo estudiar cómo superar las barreras a la implementación del cribado y la intervención breve en el consumo de alcohol en la consulta de atención primaria. Se trata de un ensayo clínico factorial en clúster en el que se comparan 3 tipos de intervención, tanto por separado como en combinación, con un grupo control (práctica clínica habitual): 1. Formación y apoyo: se realizarán 2 sesiones teórico-prácticas en el mismo centro. También se realizará una llamada de apoyo al coordinador del centro. 2. Incentivo económico: el profesional recibirá incentivo económico en función de los niveles de cribado y de intervención breve realizado durante la implementación del estudio. 3. Derivación del paciente a un programa en línea: el profesional derivará al paciente a un programa en línea (www.veuselquebeus.net), entregándole un tríptico con información de la web y un código identificado. Se seleccionaron 24 centros del total que cumplieran los criterios de inclusión: población atendida entre 5.000-20.000, pertenecer al Instituto Catalán de la Salud (ICS), tener referente del programa Beber menos y no haber hecho formación en alcohol. Participan, de forma voluntaria, aquellos profesionales (tanto médicos/as como enfermeros/as) que tuvieran una plaza fija (tanto estatutaria como interina). Se requirió la firma de un consentimiento informado. Se han realiza-

do 2 sesiones en los centros: en la 1ª sesión (noviembre-2012) se explicó la metodología del estudio y en la 2ª sesión (febrero-2013) la condición a la que habían sido asignados. La aleatorización de los 24 centros en los grupos se hizo en enero 2013. Se ha creado una hoja de recogida de datos integrada a la historia clínica informatizada del paciente, de forma que el profesional anotará su actuación en cuanto al cribado y el consejo de alcohol. La fase de implementación será de 12 semanas (marzo-mayo 2013) y se realizarán evaluaciones en tres periodos diferentes: basal, implementación y seguimiento a los 6 meses. El análisis de los datos comparará el grupo control con los grupos intervención. La exploración de los datos se realizará con el SAS V9.2 utilizando un modelo de efectos mixtos (PROC GLIMMIX y PROC MIXED). Las variables que se estudiarán serán: cribado en alcohol, resultado cribado y consejo alcohol. **Aplicabilidad de los resultados esperados:** El estudio en Cataluña se ha diseñado de forma que se incluyan centros representativos del territorio y preservando al máximo el contexto real de trabajo de los profesionales (hoja de registro unificada con la historia clínica, horarios de formación, etc.) por lo que esperamos que los resultados que se obtengan aporten evidencia sobre los aspectos que hace falta modificar para mejorar el cribado y la intervención breve en la práctica clínica habitual en atención primaria.

Aspectos éticos-legales: El estudio fue aprobado por el comité ético del Hospital Clínico de Barcelona y de la IDIAP Jordi Gol del ICS.

ID 1869

ALERTAS EN DIABETES MELLITUS

Clara Guede Fernández¹, Maite Espantoso Romero², Ynggrid Arlette del Villar Guerra¹, Elba Pérez Vidal¹

¹Pintor Colmeiro. ²Teis.

Objetivos: Se estima que hasta el 1% de la población puede padecer diabetes mellitus (DM) no diagnosticada o no registrada y, como consecuencia, no recibe una atención sanitaria bien organizada y sistemática. En un reciente estudio español, la prevalencia ajustada fue 13,8%, y siendo desconocida por el 6%. Un porcentaje de diabéticos sin diagnosticar podrían captarse a partir de resultados anormales de glucosa (≥ 126 mg/dl) y de hemoglobina glucosilada ($HbA1C \geq 6,5\%$) en las pruebas de laboratorio solicitadas por cualquier razón, por cualquier facultativo. Se evaluará la efectividad de la comunicación electrónica de una alerta para informar a los médicos de familia (MF) de los resultados anormales de laboratorio y, así, mejorar el registro de diagnóstico de DM y disminuir la DM no diagnosticada.

Material y métodos: Ensayo pragmático aleatorizado por conglomerados que abarcará a los 750 médicos de atención primaria (AP) de las áreas de salud de Vigo y A Coruña. Los resultados analíticos serán proporcionados por el laboratorio de referencia del correspondiente médico de AP, excluyendo analíticas de ingresados. Se alertará a los MF en el grupo de intervención sugiriendo una revisión de la HCE si se tratase de un caso conocido de la diabetes y/o excluir la diabetes en los pacientes con resultados anómalos. Variables del estudio: Edad, sexo, tipo DM, servicio AP, área, glucosa (última, promedio anual, nº determinaciones) y HbA1C (última, promedio anual, nº determinaciones). Medidas de resultado: cambio en prevalencia registrada de DM; secundariamente, se analizará grado de control con criterio $HbA1C < 7\%$. Tamaño muestral: para dos grupos independientes, siendo la prevalencia final esperada de 0,07 en grupo de intervención y 0,02 en grupo control, con la proporción entre ellos 1:1, y con nivel de confianza de 95% y un error beta de 0,05, calculado de acuerdo con la fórmula utilizada por Casagrande et al, es de 326 efectivos para cada grupo. Se incrementará un 10% por las posibles pérdidas. Cálculo realizado online, el día 14 de enero de 2011, en la web: <http://stat.ubc.ca/~rollin/stats/ssize/b2.html>. Análisis estadístico: modelos lineales generalizados. Se calcularán razón de variación RV_{5-95} , razón de utilización

estandarizada, componente sistemático de la variación y estadístico empírico Bayes por servicio de AP.

Aplicabilidad de los resultados esperados: Una intervención de bajo costo que integre diversas bases de datos, puede facilitar la toma de decisiones por el MF. Ayudará a mejorar el registro en la HCE, identificar pacientes en riesgo de desarrollar complicaciones de la diabetes y/o mejorar su seguimiento. En paralelo, las intervenciones de e-salud deberían ser evaluadas rigurosamente, como cualquier otra intervención de salud, antes de su aplicación.

Aspectos éticos-legales: Aprobado por el Comité Ético de Galicia con código 2009/311. Se solicitó el consentimiento informado a cada uno de los MF de ambas áreas, aceptando el 60%. Al grupo de control se le facilitará la información 6 meses después de la intervención, para mantener la igualdad en la información accesible por los profesionales y poder mejorar la atención al DM.

ID 2044

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA CONDUCCIÓN BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL ENTRE CONDUCTORES ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO PILOTO

Mónica García Muñoz¹, Carlos Martín Cantera², Anna Martín Pujol³, Eulalia Durán Bellido², Nuria Bastida Bastús⁴, Elvira García Arcos⁵, PREVENCON

¹EAP St Ildefons (Cornellà). ²Passeig de Sant Joan. ³CAMFIC.

⁴Raval Nord. ⁵EAP Encants.

Objetivos: Valorar la efectividad de una intervención breve para reducir el consumo de alcohol relacionado con la conducción entre conductores atendidos en Centros de Atención Primaria (CAP) a corto y largo plazo.

Material y métodos: Estudio de intervención en fase piloto, sin grupo control, con inclusión aleatorizada, de carácter abierto y tipo antes/después. Lugar de realización: 43 CAPs de ámbito urbano. Criterios inclusión: conductores con permiso de conducir de cualquier tipo de vehículos, conducir al menos 1 vez después de haber consumido al menos una bebida alcohólica en 30 días previos; edad 18-65 años. Criterios exclusión: difícil abordaje: enfermedades terminales y psiquiátricas graves, diagnóstico de alcoholismo, dificultad por barrera idiomática, situación demográfica inestable. Muestra de estudio: aceptando un riesgo alfa de 0,05 y beta inferior al 0,2 en un contraste bilateral, se precisan 212 personas, se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 20%. Intervención propuesta: se realizará un consejo breve sobre el consumo de alcohol y los efectos relacionados con la conducción de vehículos y se entregará un tríptico informativo. Se harán 3 visitas: inicial, al mes y a los 12 meses. Variables de estudio: al inicio y al final del programa se medirá: frecuencia de conducción bajo efectos del alcohol en últimos 30 días, consumo de alcohol habitual (audi-C), consumo de alcohol en unidades básicas de alcohol (UBE) antes de conducción, nivel de autopercepción de riesgo, estadio de cambio según Prokaska, cuestionario Wells-Parker y perfil de conducción (tipo de permiso, número de colisiones con/sin lesiones autodeclaradas y número de infracciones autodeclaradas en el último año). Además, se recoge perfil sociodemográfico. Análisis estadístico: se analizará la comparabilidad de los datos iniciales, del mes y de los 12 meses, en relación a las variables estudiadas. Para el análisis multivariado, se valorará el cambio en el tiempo de las variables dependientes descritas, y se compararán los datos basales y finales. Limitaciones del estudio: por ser un estudio piloto, no se podrá hacer valoración de la efectividad extrapolable a población general. El test de Wells Parker no está validado en español, se hará una validación lingüística y de consistencia interna. Sesgos de selección: usuarios de CAPs; aunque la intervención será dirigida a Atención Primaria, y probablemente será la población diana. Autoselección entre los más motivados.

Aplicabilidad de los resultados esperados: Al tratarse de un estudio piloto, los datos podrán ser útiles para diseñar un futuro ensayo clínico multicéntrico que permita valorar la efectividad del consejo sobre alcohol entre conductores en las consultas de CAPs.

Aspectos éticos-legales: El estudio seguirá los principios de la Declaración de Helsinki y las normas de Buena Práctica Clínica. Ha sido aceptado para su aprobación por el CEIC IDIAP Jordi Gol i Gurina en febrero de 2011. Se informará a los participantes verbalmente y por escrito del estudio. Podrán formular las preguntas necesarias y deberán firmar el consentimiento informado.

ID 2268

CONSUMO DE COX-2, AINE Y ANALGÉSICOS Y RIESGO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

José Miguel Baena Díez, Manuel García Lareo, Natalia Pavone, María Castillo Quirante, Yolanda Linares Sicilia, Jaume Puig Navarro, Grupo IDIAP Jordi Gol

CAP La Marina.

Objetivos: La enfermedad renal crónica (ERC) es una patología poco abordada desde atención primaria. Una de sus causas es la nefropatía por analgésicos, mal conocida en España, especialmente en relación con los AINE y especialmente los COX-2, al ser un grupo farmacológico más reciente. El objetivo principal es estimar el riesgo de aparición de ERC y de la progresión de la ERC ya establecida (estadio 3) asociado al consumo de COX-2. El objetivo secundario es estudiar los mismos riesgos asociados al uso de AINE, AAS a dosis antiagregante y otros analgésicos.

Material y métodos: Estudio de cohortes poblacional, realizado a partir de la base de datos SIDIAP, con 274 Centros de Salud de Cataluña y 5.835.000 personas. Se vinculará la base de datos al CMBD y al Registro de Enfermos Renales de Cataluña (dializados, trasplantados renales). Criterios inclusión: personas registradas en SIDIAP al menos un año (2007-2012). Criterios exclusión: personas < 18 años, sin filtrado glomerular (FG) por MDRD o creatinina sérica o con FG < 15 ml/min. Selección: todas las personas del SIDIAP. Definición cohortes expuestas: personas que hayan consumido durante un año la mitad de las DDD de los fármacos estudiados. Definición cohortes de no expuestos: Personas apareadas por edad (± 3 años) y sexo con consumo durante un año inferior a la mitad de las DDD de los fármacos estudiados. Tamaño muestral: Con un riesgo alfa de 0,05 y riesgo beta de 0,20 en un contraste bilateral, se precisan al menos 7848 sujetos expuestos (consumo de COX-2) y 7848 no expuestos para detectar un hazard ratio (HR) mínimo de 1,5, asumiendo una tasa de ERC en no expuestos del 1%. Variables: descriptivas: edad y sexo. De exposición (datos extraídos facturación): Tipo de analgésico (paracetamol, aspirina, AINE, COX-2, metamizol, opioides) y dosis acumulada en DDD. De resultados: FG, creatinina, diagnóstico de ERC, insuficiencia renal aguda (IRA) y enfermedad renal terminal (hemodiálisis/trasplante). Covariables (confusoras, modificadoras del efecto): Presión arterial, diabetes mellitus, IMC, diagnóstico previo de hiperuricemia, gota, artropatías inflamatorias, artrosis, tabaquismo, pielonefritis, glomerulonefritis, poliquistosis, vasculitis, litiasis, adenoma próstata y consumo de fármacos que pueden modificar la función renal. Análisis: Se estimará el riesgo mediante el HR, ajustado mediante modelos multivariantes, incluyendo las variables relevantes (juicio clínico) o que modifiquen > 20% los coeficientes beta. Análisis de sensibilidad mediante "propensity score". Criterios para definir la enfermedad (ERC): El cambio de un MDRD > 60 ml/min a 59-30 ml/min y el de MDRD 59-30 ml/min a < 30 ml/min. Limitaciones: Análisis retrospectivo (cohorte histórica) y falta de exactitud de la exposición (los pacientes pueden no tomar los fármacos), aunque la facturación es más fiable que el consumo por entrevista.

Aplicabilidad de los resultados esperados: Esperamos demostrar la asociación entre consumo de COX-2 y ERC, así como con otros

analgésicos, importante debido al envejecimiento poblacional y aumento de patologías crónicas que precisan analgésicos.

Aspectos éticos-legales: La confidencialidad será garantizada por encriptación realizada por el SIDIAP. El protocolo será sometido al CEIC (Fundación Jordi Gol).

ID 2310

PROYECTO HIDES 2 ATENCIÓN PRIMARIA ESPAÑA

Cristina Agustí Benito¹, Ricardo Carrillo Muñoz, Juanjo Mascort Roca³, Luis Ángel Pérula de Torres⁴, Jordi Casabona Barbarà¹, Grupo de Trabajo del Diagnóstico Precoz del VIH en Atención Primaria en España

¹CEEISCAT. ³EAP Florida Sud. ⁴Unidad Docente Mfyc.

Objetivos: Estimar la prevalencia de la infección por VIH en pacientes que acuden a la consulta del médico de familia y que presentan al menos una de las condiciones indicativas de infección o que cumplan al menos alguno de los criterios conductuales de riesgo propuestos.

Material y métodos: Diseño: estudio transversal. Ámbito. 11 centros de Atención Primaria de España. Sujetos: se ofrecerá la prueba para la detección de anticuerpos del VIH a los pacientes que se visitan en la consulta del médico de familia de los CAP participantes. El reclutamiento se realizará en las visitas rutinarias. Los pacientes firmarán un consentimiento informado y se les solicitará la serología. Recibirán una breve información pre-prueba y consejo asistido post-prueba. Los casos positivos serán derivados al hospital de referencia tras ser confirmados. Criterios de inclusión: pacientes VIH negativos o que desconozcan su seroestatus que presenten al menos una de las 11 condiciones indicativas de infección o al menos uno de los criterios conductuales propuestos. Criterios de exclusión: menores de 16 años o mayores de 65 años. Pacientes con diagnóstico previo de infección por VIH. Número de pacientes: la previsión del número de pacientes a reclutar en un año es de unos 1.000 pacientes. Variables de estudio: se rellenará un cuestionario por cada paciente que recogerá: variables socio-demográficas; enfermedades/condiciones que presenta el paciente; criterio/s conductual/es que cumple el paciente; antecedentes de realización de la prueba del VIH y enfermedades/condiciones indicativas, hospitalización, etc.; resultado prueba del VIH. Análisis estadístico: análisis descriptivo de la variables cualitativas: test χ^2 de Pearson (estadístico exacto de Fisher si frecuencias < 5) y la corrección por continuidad para tablas 2 x 2. Variables cuantitativas: test t de Student (comprobando hipótesis de homogeneidad mediante el test de Levene). Comparación entre grupos: modelos ANOVA de un factor o pruebas no paramétricas (Kruskal-Wallis). Se aplicarán modelos de regresión logística univariantes y multivariantes para la determinación de factores asociados a la infección por VIH. Para todos los análisis se considerará un nivel de significación del 5%. Limitaciones del estudio. La muestra es oportunista y los resultados no se pueden generalizar al total del colectivo de médicos de familia de España. La prevalencia de algunas conductas de riesgo puede estar subestimadas aunque la confidencialidad de los datos puede ayudar a minimizar este sesgo.

Aplicabilidad de los resultados esperados: Los resultados preliminares del estudio muestran que si la prevalencia de infección por VIH en pacientes que presentan al menos una de dichas patologías es igual o superior a 0,1% y, por lo tanto, el cribado en esta población es coste efectivo. Además, se pretende ampliar el estudio para conocer si el cribado dependiendo de los criterios conductuales también es coste-efectivo.

Aspectos éticos-legales: Informe favorable de los comité éticos del Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol, de la Fundación Gol i Gurina y de la Escuela Andaluza de Salud Pública que engloban a todos los centros participantes. Se asegurará la confidencialidad y el anonimato de todos los pacientes participantes cumpliendo con la normativa vigente.