

SESIÓN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Viernes, 17 de noviembre

Zona pósters

09.00-11.00h

(Planta 01 – Pabellón 5 – Centro de eventos)

P363 ESTUDIO DE INTERVENCIÓN EN PREVENCIÓN SECUNDARIA DE PACIENTES CON HEPATITIS C

M. Ortega Tallón, C. Pérez Díaz, M. Puig Jou y M. Antúnez Xaus

CAP Terrassa Nord. Terrassa. Cataluña.
Correo electrónico: 31187mot@comb.es

Objetivos. Objetivos Generales:

- recogida de datos epidemiológicos y clínicos.
- prevención secundaria para retrasar la progresión de la enfermedad.

Objetivos específicos:

1. Descriptivos:

- Conocer la prevalencia actual de pacientes con hepatitis C crónica en nuestro centro.
- Evaluar el control analítico y ecográfico de los pacientes.
- Conocer el número de pacientes derivados al especialista.
- Conocer la prevalencia de complicaciones: cirrosis y hepatocarcinoma.
- Conocer el porcentaje de pacientes que están en tratamiento.

2. Intervencionistas:

- Medidas de prevención secundaria para enlentecer la progresión de la enfermedad: alcohol, tabaco, sobrepeso, ejercicio, fármacos y drogas.
- Determinar los conocimientos que tienen de su enfermedad, dar información y aclarar dudas.

- Vacunación de VHB y VHA a los no vacunados.

Material y métodos. *Tipo de estudio:* Estudio transversal descriptivo y prospectivo de intervención. *Ámbito del estudio:* Centro de salud urbano que atiende a 38.000 habitantes. *Sujetos:* Todos los pacientes de nuestra área básica mayores de 14 años con el diagnóstico de hepatitis C según el sistema informático OMI-AP. *Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.* Inclusión: Pacientes mayores de 14 años con anticuerpos hepatitis C positivos; Exclusión: Mayores de 80 años; Pacientes de atención domiciliaria. Cirrosis y/o hepatocarcinoma ya diagnosticados. Éxitos. No colaboración o negativa del paciente. *Mediciones e intervenciones.* Métodos: cita de los pacientes mediante carta para solicitar su participación en el estudio. Éste constará de 6 entrevistas (0, 1, 3, 6, 9, 12 meses).

1^a Entrevista: Recogida de datos epidemiológicos y clínicos (médico). Consejo breve sobre aquellos factores que influyen en la progresión de la enfermedad, entrega de una hoja informativa sobre la enfermedad y 1^a dosis vacunas (enfermería).

2^a Entrevista: Recordatorio de los consejos de la visita previa, preguntar si han leído las hojas informativas, resolver dudas, 2^a dosis de vacunas (enfermería).

3^a Entrevista: Recordatorio de los consejos, preguntar si han leído las hojas y aclarar dudas (médico).

4^a Entrevista: Recoger los cambios en los hábitos, resolución de dudas, 3^a dosis vacunas (enfermería).

5^a Entrevista: Evaluar los cambios en los hábitos (enfermería).

6^a Entrevista: Evaluar la cumplimentación y los conocimientos adquiridos (médico).

Análisis estadístico: Mediante el programa estadístico SPSS-10 evaluaremos las variables cualitativas a través de la prueba Chi-cuadrado y las varia-

bles cuantitativas a través de la prueba T-Student. Limitaciones: La duración del estudio es corta para poder demostrar que los cambios en los hábitos de los pacientes retrasan la progresión de la enfermedad hacia cirrosis y hepatocarcinoma, para ello deberíamos seguir la cohorte a 10, 20 y 30 años. **Aplicabilidad.** Creemos que esta prevención secundaria en un futuro puede introducirse en los modelos de primaria como un seguimiento de enfermedad crónica, tal cual, la diabetes, la hipertensión...

Aspectos Éticos-Legales. La confidencialidad de los datos en la recogida de la muestra.

P364 INFLUENCIA DEL CICLO HORMONAL EN LA EFECTIVIDAD DE NICOTINA Y BUPROPION PARA AYUDAR EN DESHABITUACIÓN TABÁQUICA A MUJERES FUMADORAS

C. Bartolomé Moreno, L. Clemente Jiménez, A. Pérez Trullén,
M. Lumbier Martínez de Morentín, A. Serrano Moreno y J. Díaz Benito

Grupo estilos de vida de la REDIAPP de Aragón mas investigadores colaboradores. CS Iturrana; Rediapp Grupo Aragonés; Apta. Pamplona, Zaragoza. Navarra, Aragón.

Correo electrónico: chartolomem@hotmail.com

Objetivos. Principal: Conocer si el éxito de los fármacos de primera línea de deshabituación tabáquica, terapia de sustitución con nicotina (TSN) o bupropion, empleados en mujer fumadora, podrían estar influenciados por la fase del ciclo hormonal.

Secundario: Establecer el mejor momento del ciclo para comenzar deshabituación con TSN o bupropion.

Material y métodos. *Tipo de estudio:* Ensayo clínico aleatorio, multicéntrico, con grupo control. *Ámbito del estudio:* Universal (Captación en atención primaria y hospitalaria. Intervención, seguimiento y análisis en atención primaria). Multicéntrico (Nacional). *Sujetos: Grupos intervención:* 1) 49 mujeres fumadoras que inician tratamiento con TSN en la primera mitad del ciclo (día 1); 2) 49 en la segunda mitad (día 16); 3) 49 mujeres fumadoras que inician tratamiento con bupropion en la primera mitad del ciclo (día 1), y 4) 49 en la segunda mitad (día 16). *Grupo control:* 5) 98 mujeres fumadoras que no usen tratamiento farmacológico de deshabituación tabáquica. *Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.* Inclusión:

- Mujer fumadora, independientemente cantidad y motivación.
- Edad igual o superior a 18 años.
- Indicado tratamiento con nicotina o bupropion.

Exclusión:

- Menopausia, perimenopausia. Embarazo.
 - Baja probabilidad seguimiento a 12 meses (población ambulante, paciente terminal).
 - Enfermedad psiquiátrica grave, déficit mental, adictos a otras drogas.
- Mediciones e intervenciones.** Se enviará a los centros de salud información del estudio, hoja de recogida de datos y material necesario. El director del centro presentará al personal el estudio (septiembre 2006). A los hospitales se enviará información para que capten pacientes y las remitan a su médico. Periodo de reclutamiento hasta 31 de junio de 2007. Cuando el sanitario detecte una mujer que quiera dejar de fumar y cumpla criterios de inclusión, tras explicarle el estudio solicitará consentimiento informado y remitirá sus datos al investigador 1. Además cumplimentará en OMI, la pestaña "tabaco" y dará petición de laboratorio marcando "perfil fertilidad". Explicará que le llamarán para decirle día que dejará de fumar y empezará tratamiento. En el orden de llegada de los datos y según única tabla de números aleatorios, el investigador 1, las codificará y asignará a los grupos. Los investigadores 2 y 3 realizarán evaluaciones al mes, 2, 3, 4, 6 y 12 meses (últimas junio 2008).

Análisis estadístico. Se estudiará el efecto de la intervención considerando éxitos las mujeres que dejan de fumar. Las fumadoras no conocerán si son intervención o control, tampoco el sanitario que realiza la captación ni los investigadores del seguimiento. Se mantendrá el ciego para introducir datos y analizarlos, gracias al sistema de codificación. Comparabilidad inicial de los grupos mediante pruebas de comparación de medias (T-Student) o de proporciones (Chi-cuadrado), se buscarán factores de confusión o modificadores del efecto. Análisis descriptivo de variables. Número de éxitos mediante comparación de proporciones entre grupos con Chi-cuadrado, y calculando reducción absoluta de riesgo, riesgo relativo y su intervalo de confianza.

Para evaluar variables que influyen en los éxitos o fracasos se realizará análisis multivariante.

Limitaciones: Posible sesgo al utilizar como control mujeres que no quieren tratamiento.

Aplicabilidad. Buscar la mejor indicación de los fármacos de primera línea, aportando una dimensión de género hasta ahora no contemplada.

Abrir nuevas líneas de investigación en fumadoras con recaídas.

Aspectos Éticos-Legales. Solicitado permiso Comité Ético.

Concedido permiso Comité Investigación Atención Primaria.

P365 PREVENCIÓN DE LA DIABETES TIPO 2 MEDIANTE LA MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA. EL ESTUDIO EUROPEO DE-PLAN Y LA PARTICIPACIÓN DE CATALUÑA (DE-PLAN-CAT)

B. Costa Pinel, F. Barrio Torrell, X. Cos Claramunt, B. Bolíbar Rivas y C. Castell Abat

Grupo de Investigación DE-PLAN-CAT. IDIAP Jordi Gol. Institut Català de la Salut. Instituto de Investigación en AP Jordi Gol; Área Diabetes y Metabolismo; Dirección General de Salud Pública; Generalitat de Catalunya. Reus, Girona, Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: costaber@gmail.com

Objetivos. Introducir la participación catalana en el proyecto europeo DE-PLAN (Diabetes in Europe-Prevention using Lifestyle, Physical Activity and Nutritional intervention).

Material y métodos. *Tipo de estudio:* Estudio de salud pública a 3-años, multinacional (15 países, 2-nodos en España), multicéntrico, transversal en su primera fase (1-año), longitudinal en la segunda (2-años).

Ámbito del estudio. Atención primaria de salud: 7 centros, 12 ABS, 42 equipos, 104 profesionales (medicina+enfermería). *Sujetos:* Muestra aleatoria de la población atendida.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo: Estrategia en dos fases. Fase 1: cribado no-invasivo ($n=1800-2000$) mediante cuestionario validado para discriminar el riesgo de diabetes (FINRISC[®]) y enfermedad cardiovascular (SCORE[®]). Contraste con la PTOG. Se estima que un tercio de los encuestados ($n = 600-650$) tenga riesgo alto de diabetes. Fase 2: Elección de 1 de 3 intervenciones para modificar el estilo de vida (informativa, educativa-individualizada, educativa-grupo), siempre asociada al refuerzo periódico de la motivación y seguimiento por el educador responsable.

Mediciones e intervenciones. Obtención de financiación: Unión Europea, Instituto de Salud Carlos III, Generalitat Catalunya. Evaluación de la efectividad de modificar el estilo de vida en sujetos de alto riesgo para reducir la incidencia de diabetes. Análisis de parámetros antropométricos, laboratorio y de coste-efectividad infiriendo sobre la política sanitaria. Estado actual a 3-meses del inicio: cribado al 50% e inclusión en la intervención al 25% de la previsión.

Ánalisis estadístico. Se espera demostrar que la eficacia de estos programas se extiende a la efectividad (grandes poblaciones) y a la eficiencia (en términos socioeconómicos). También, disponer de la mayor base de datos europea sobre el riesgo de diabetes y enfermedad cardiovascular. Finalmente, redactar un manual europeo sobre prevención de la diabetes tipo2.

P366 ¿FACILITARÍA UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA, EL ABORDAJE DEL PACIENTE FUMADOR, EN ATENCIÓN PRIMARIA?

C. Bartolomé Moreno, A. Serrano Moreno, M. Clemente Jiménez, A. Pérez Trullen, A. Tarón Gi y D. Mejía

Grupo de Trabajo estilos de vida de la redIAPP de Aragón.

Correo electrónico: mundisnacri@yahoo.es

Objetivos. Conocer si la inclusión de una nueva aplicación en un programa informático de amplia difusión, OMI-AP, es útil para mejorar el

abordaje al paciente fumador, como paso previo para conseguir un mayor número de deshabituaciones.

Material y métodos. *Tipo de estudio:* Estudio de cohortes, multicéntrico. *Ámbito del estudio.* Atención Primaria. *Sujetos:* fumadores.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo: El tamaño muestral se calcula teniendo en cuenta estimación de riesgos y pérdidas durante el estudio, precisando finalmente a 440 fumadores en el grupo intervención y 440 en el control. Los centros serán asignados a cohorte de estudio o de control en función de la adherencia al nuevo programa informático. *Tipo de muestreo:* Aleatorio mediante tabla de números aleatorios.

Criterios. Inclusión: Ser fumador; ambos sexos; edad; personas que otorgan su consentimiento informado verbalmente y por escrito. *Exclusión:* Estimación de baja probabilidad de poder realizar seguimiento al menos a 12 meses; situación patológica que interfiera con el estudio; estado terminal; déficit mental.

Mediciones e intervenciones: Se realizará la recogida de datos en el Cuaderno (CRD) y en Base de datos compartida por todos los nodos de investigación Online. Se realizará una primera visita de selección e inclusión, y posteriormente intervenciones diferentes en función de la etapa en que se encuentre el fumador: PRECONTEMPLACIÓN (pasados 6 meses), CONTEMPLACIÓN (volver a preguntar en 2 meses), PREPARACIÓN (fijar fecha definitiva para dejar de fumar y citar una semana antes de la fecha elegida) ACCIÓN (citar para seguimiento a la semana, al mes, 2, 3,6, y 12 meses.); Se establecerán mecanismos de recapitación. Se adiestrará en el manejo de la nueva aplicación a todos los sanitarios del centro incluido en el estudio (médicos, enfermería y residentes) y se valorará la utilización del mismo por todos ellos. Se estudiará el efecto de la intervención considerando éxitos los pacientes que dejan de fumar y se mantienen sin hacerlo un año. Se comprobará previamente la comparabilidad inicial de los grupos mediante pruebas de comparación de medias (T de Student) para variables cuantitativas o de comparación de proporciones (Chi-cuadrado) para datos cualitativos y se buscarán posibles factores de confusión o modificadores del efecto. Se realizará un análisis descriptivo de las variables, y se estudiará el número de éxitos mediante la comparación de proporciones entre los grupos con la prueba de Chi-cuadrado, y calculando la reducción absoluta de riesgo, el riesgo relativo y su correspondiente intervalo de confianza. Para evaluar las variables que influyen en los éxitos o los fracasos se realizará un análisis de regresión logística múltiple.

Ánalisis estadístico. Estudio de cohortes, multicéntrico.

Limitaciones. Dificultad para el seguimiento de los fumadores (para minimizarlo se ha incrementando un 30% el tamaño muestral). La adherencia a no al programa informático podría conllevar sesgo de selección.

Aplicabilidad. Contar con una herramienta de trabajo adecuada para el sanitario podría permitir no sólo incrementar el número de deshabituaciones sino también facilitar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente fumador.

Aspectos éticos-legales. Se pedirá Consentimiento informado. Se garantiza la confidencialidad de los datos. Solicitado y concedido permiso Comité de investigación y Comité Ético.

P367 EFECTO DE LA MUSICOTERAPIA EN EL DOLOR CRÓNICO

M. Lavarias Broseta, F. Gil Latorre, E. Botella Brandt y A. Sanfelix Bailach

CS de Ribarroja de Turia. Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: gil_fra@gva.es

Objetivos. Valorar el umbral del dolor y la calidad de vida, de pacientes con dolor crónico osteomuscular y usuarios de Atención Primaria (AP) sometidos a musicoterapia, según la Escala Analgésica del dolor de la OMS

Material y métodos. *Tipo de estudio:* Ensayo clínico antes después, con intención de tratar. *Ámbito del estudio:* AP. *Sujetos:* Personas con dolor crónico osteomuscular usuarios AP.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Inclusión: Pacientes de ambos性os, con dolor crónico osteomuscular, de más de tres meses de evolución mayores de 65 años. Pacientes con disponibilidad de tiempo para acudir a la intervención.

Exclusión: Pacientes con dolor crónico de origen diferente al osteomuscular, neoplasias, neuralgias, cefaleas crónicas y que tengan otra causa primaria del dolor.

Pacientes cuya situación patológica pueda interferir con el desarrollo del estudio (por ej: discapacitados, alcohólicos, consumidores de drogas,

problemas mentales...). Pacientes no colaboradores. Muestreo: Se llevará cabo un muestreo consecutivo entre los pacientes usuarios del Centro de Salud, con dolor crónico osteomuscular que cumplan los criterios de inclusión. El tamaño de la muestra con una diferencia de cinco puntos y una desviación típica de 10, con un riesgo alfa de 0,05 y una potencia del 90%, el tamaño muestral es de 84. Considerando las posibles pérdidas, el tamaño muestral será de 100. Pacientes con problemas para la comprensión y cumplimentación correcta de los cuestionarios. Pacientes con trastornos sensoriales que le incapaciten para escuchar música.

Mediciones e intervenciones. Variables descriptoras: Edad, Sexo, Estado civil, Nivel de estudios, Enfermedades concomitantes, Nº de fármacos, Antidepresivos, Neurolepticos, Ansiolíticos, Anticomiciales, Esteroides. Variables del estudio: Cumplimentación, Nivel de tratamiento de la OMS, Características del tratamiento, Cuestionario del dolor, Calidad de vida

Ánalisis estadístico. Descripción de la población: Análisis descriptivo de las variables descriptivas, medias y desviación estándar, para las variables cuantitativas continuas, medianas para las cuantitativas discretas, y tanto por cien para las variables cualitativas Comparabilidad inicial de los grupos: Describiremos el tanto por cien de la población en cada uno de los escalones terapéuticos del dolor de la OMS antes y después Detallaremos el nivel de calidad de vida según el fármaco utilizado en los dos grupos Los resultados serán analizados para cada lámina Coop-Wonca para comparar la calidad de vida, Se empleará la U de Man-Witney para medidas repetidas OR e IC de mejoría.

Limitaciones: Abandono por parte de los pacientes

Aplicabilidad. El dolor crónico, en la gente mayor representa un significativo obstáculo para mantener su independencia y sus funciones. El alivio del dolor es uno de los principales objetivos de la medicina. El tratamiento farmacológico es conveniente, de empleo común y por lo general efectivo en las personas mayores, pero se debe usar con mucho cuidado por las respuestas alteradas a los medicamentos, las interacciones medicamentosas y las reacciones adversas, que son más frecuentes en adultos de edad. Por todo ello, consideramos que el presente proyecto es relevante dado que:

1. La musicoterapia es un método bien tolerado, carece de interacciones con los tratamientos convencionales, así como de efectos secundarios.
2. Es una terapia económica y fácil de aplicar. Por lo que puede contribuir eficazmente en la contención del gasto farmacéutico.

Aspectos Éticos-Legales. No se trata de una intervención farmacológica ya que se mantiene el tratamiento inicial

P368 ANÁLISIS PROSPECTIVO DE FACTORES PRONÓSTICOS EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 Y ESTUDIO DE LA VARIABILIDAD DE LA EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES ENTRE CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

F. Arrieta Blanco, M. Salinero Fort, J. Abanades Herranz, P. Gallego Berciano, P. Gómez Campelo, A. Rovira Loscos

Grupo de Trabajo de Diabetes del nodo MADPREV de la redIAPP. Unidad de Formación e Investigación AP Área 4. Madrid. Madrid.
Correo electrónico: msalinero.gapm04@salud.madrid.org

Objetivos. Principal: Analizar prospectivamente los factores pronósticos (intervenciones preventivas, terapéuticas, marcadores serológicos y procesos asistenciales) en la evolución clínica de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Secundarios: Analizar la evolución de la cobertura de los indicadores de procesos (electromiograma, microalbuminuria, fondo de ojo...) y tratamiento (criterios ADA), durante el período de seguimiento. Estudiar la variación de los indicadores intermedios de salud (parámetros bioquímicos) y la evolución de la prevalencia de complicaciones crónicas de DM2, durante el seguimiento y la influencia de la estrategia terapéutica. Estudiar el mejor punto de corte de los marcadores de riesgo de complicaciones y de mala evolución clínica (fibrinógeno, ferritina, PCR, leucocitos). Estudio de polimorfismo genético.

Material y métodos. Tipo de estudio: Estudio observacional prospectivo de tres años de seguimiento, con información anual de los pacientes. Ámbito del estudio. Multicéntrico, a nivel nacional, con la participación de tres nodos de la redIAPP. Sujetos: Población diana: Pacientes con DM2 y registrados como tales en los ficheros automatizados de los Centros de Salud (CS). Tamaño muestral calculado: 3.000 pacientes.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.

Criterios de inclusión: Pacientes con DM2, mayores de 30 años, firma del consentimiento informado y que acuden periódicamente a la consulta del CS. Criterios de exclusión: Pacientes con diabetes gestacional, que intervengan en un ensayo clínico y/o pronóstico vital inferior a un año como consecuencia de cualquier patología, salvo enfermedad cardiovascular. Muestreo: Por etapas múltiples, Áreas de Salud (unidad primaria), los CS (unidad secundaria) y los pacientes DM2 asignados a cada cupo de Medicina General (unidad terciaria).

Mediciones e intervenciones. Variables sociodemográficas, estrategias terapéuticas (fármaco, unidad y cantidad diaria), morbilidad asociada en el último año (antecedentes personales y familiares), parámetros bioquímicos-biológicos y procesos asistenciales. Variable resultado: evolución clínica final (óptima/no óptima). Fuente de datos: Historia Clínica informatizada complementada con los registros del CMBDAH.

Recogida de datos: Cuaderno de recogida de datos electrónico (página web).

Ánalisis estadístico. Análisis descriptivo de cada variable de estudio. Regresión logística (método Pasos hacia atrás) con la variable dependiente "evolución clínica final" (óptima/no óptima) y las variables independientes principales (control metabólico, control tensión arterial, educación sanitaria, reducción peso, adherencia dietética y terapéutica, tabaquismo), introduciendo aquellas covariables resultado del análisis univariado ($p < 0,015$), que resulten de interés (estrategias terapéuticas) o aquellas potencialmente confusoras (tiempo evolución DM2, edad, sexo).

Limitaciones. Posibilidad de un elevado número de pérdidas debido a la duración del estudio.

Aplicabilidad. El conocimiento del impacto que tiene cada procedimiento asistencial y/o preventivo en la evolución clínica del paciente, en condiciones habituales de práctica asistencial, es de enorme interés, dado que posibilita la reorientación de los servicios en búsqueda de una mayor efectividad y eficiencia.

Por otra parte el seguimiento de una cohorte clínica de diabéticos, expuesta a diferentes grupos terapéuticos, incorpora una dimensión del conocimiento no contemplada por los ensayos clínicos, al informar del efecto del medicamento y de las características relacionadas con su utilización.

Proyecto Financiado por el FIS (PI050681).

Aspectos éticos-legales. Base de datos anonimizada registrada según la legislación vigente (LOPD). Aprobación por Comité de Ética Hospital Ramón y Cajal.

P369 EFECTIVIDAD COMPARADA DE DOS INTERVENCIONES SANITARIAS PARA CONSEGUIR EL ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO

O. Fernández Martínez, C. Hidalgo Cabrera, B. García del Río García y T. Martínez Cañavate

UD de MFyC Granada. Norte I. Granada. Andalucía.
Correo electrónico: lile@superable.es

Objetivos. Evaluar la eficacia de la intervención grupal para el abandono del consumo de tabaco en población adulta, frente a la intervención individual

Material y métodos. Tipo de estudio: Ensayo clínico aleatorizado. Ámbito del estudio: 3 Centros de Salud de AP. Sujetos: Todos los fumadores que acuden a las consultas de atención primaria de los 3 C.S. participantes en el estudio durante el período que dure el estudio hasta conseguir el tamaño de muestra estimado, que fumen al menos 1 cigarrillo diario, tengan entre 18 y 65 años y deseen participar en el estudio una vez hayan recibido información sobre este

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión: Población mayor de 18 años y menor de 65 años. Fumadores de más de un cigarrillo al día durante al menos el último año. Criterios de exclusión: Embrazadas. Población con minusvalía física y/o psíquica invalidante.

Muestreo consecutivo (no probabilístico)

Mediciones e intervenciones. Mediciones:

1. Concentración de CO en aire espirado mediante cooxímetro antes y después de la intervención.

2. Dependencia de la nicotina medida mediante el test de Fagerström previa a la intervención. 3. Autoinforme sobre abandono del hábito tabáquico a los 12 meses.

Intervención individual: Se realizará por los médicos cuando los pacientes sean aleatorizados en este grupo.

Consistirá en un consejo individualizado, que se realizará a lo largo de 3 sesiones de unos 30 minutos de duración cada una. Los contenidos serán los mismos que los de la intervención grupal. Intervención grupal: Se llevará a cabo por médicos de los 3 centros de salud. Se les indicará a los pacientes en el momento en que sean aleatorizados en este grupo las fechas de las sesiones. Se realizarán 3 sesiones de una hora. En las 3 sesiones se invitará a los participantes a que expresen sus experiencias positivas y negativas relacionadas con el consumo de tabaco.

Análisis estadístico: Se diseñará una base de datos en SPSS. Confeccionaremos una tabla con la distribución de las variables en ambos grupos de intervención. Se analizarán las pérdidas y sus motivos. Se compararán los porcentajes de abandono del hábito tabáquico, variable abandono, entre las dos intervenciones con el test chi-cuadrado y la magnitud de la asociación con el riesgo relativo. Se analizará la concordancia entre los 2 métodos de medición de abandono (autoinforme y concentraciones de CO) utilizando el índice kappa, sobre un subgrupo en cada grupo de intervención. Analizaremos si existe una relación directa entre sexo femenino y estar casado con el porcentaje de abandonos, e indirecta con el número de intentos previos y la tasa de dependencia. Para otras variables como la edad sería interesante hacer una regresión lineal. Realizaríamos un análisis multibariante para ver el peso real de cada variable explicativa en relación con la variable respuesta.

Limitaciones: Los contenidos de las charlas en ambos grupos no están validados y desconocemos si se ajustan a los contenidos de otros estudios. Las pérdidas en ambos grupos. Disponer de tiempo para la intervención individual.

Aplicabilidad. El número de fumadores que potencialmente podrían beneficiarse de la intervención grupal sería mayor y con un menor coste si se demuestra que esta intervención es más eficaz.

Aspectos Éticos-Legales. No existen problemas éticos.

P370 USO DE LA PULSIOXIMETRÍA COMO INSTRUMENTO DE CRIBAJE DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA ASINTOMÁTICA EN DIABÉTICOS TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Albaladejo Blanco, P. Lorente Montalvo, M. Moyà Seguí,
B. Oliva Fanlo, I. Torrens Darder y M. Esteva Cantó

CS Calvià; Gerencia de AP. Mallorca. Illes Balears.
Correo electrónico: patricia_lorente@hotmail.com

Objetivos. Objetivos principales:

1. Validar la pulsioximetría como prueba de diagnóstico temprano para la vasculopatía periférica (VP) en pacientes diabéticos tipo 2 (DM2).
2. Comparar la validez de la pulsioximetría respecto al índice tobillo-brazo (ITB).
3. Comparar la validez de la combinación de ambas pruebas.

Objetivo secundario: Estimar la prevalencia de la VP en DM2.

Material y métodos. Tipo de estudio: Estudio clínico epidemiológico. Compara la pulsioximetría y el ITB para detectar VP en DM2. Ámbito del estudio: Atención Primaria. Centro Salud (CS) Calvià, Mallorca. Sujetos: Pacientes diagnosticados de DM2 (por historia clínica o uso de fármacos antidiabéticos orales y/o insulina)

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión: Pacientes diabéticos tipo 2. Criterios de exclusión: Edad menor de 40 años. VP diagnosticada previamente o con síntomas claros de ésta (cuestionario claudicación San Diego). Dificultad para mantener decúbito supino durante la exploración. Anemia grave (Hemoglobina < 5 mg/dl). No firmar consentimiento informado. MUESTRA El CS tiene asignadas 40.000 personas. La prevalencia de DM2 conocida en España es 6-10%, esperamos entre 2400-4000 DM2. Con una prevalencia de 21,1% de VP, para un error alfa del 95% y una precisión del 4%, se necesitan 363 extremidades inferiores, lo que suponen 180 pacientes. Asumiendo unas pérdidas del 10%, la muestra final sería de 200 sujetos. Los individuos serán seleccionados consecutivamente en consulta.

Mediciones e intervenciones. Instrumentos: Prueba de pulsioximetría (pulsioxímetro manual), ITB (doppler vascular bidireccional Huntleigh MD2), Prueba Gold Standard (análisis onda doppler). Variables: Personales (edad, género, antecedentes familiares de VP). Clínicas (cuestionario claudicación de San Diego, tiempo evolución de DM2, tabaco, uso fármacos, presencia otros FRCV). Exploración física (pulso pedio y tibial posterior, talla, peso, IMC). Exploración con pulsioxímetro, doppler y análisis onda doppler.

Ánalisis estadístico. La realización de cada prueba será ciega e independiente. Se construirá una base de datos donde cada paciente tendrá un

código numérico y cada pierna un código relacionado con el paciente. Los cuestionarios serán mecanizados en una base de datos ACCESS. Se analizarán con un programa estadístico SPSS v12 y el EPIDAT. Evaluación del número de personas incluidas, motivos de no seguimiento o de no realización de pruebas. Cálculo de sensibilidad y especificidad de pulsioximetría e ITB mediante tablas de contingencia, calculando los intervalos de confianza al 95% (IC95%) para cada uno de los valores. Cálculo de validez para la combinación de las dos pruebas (prueba en paralelo). Cálculo de coeficientes de probabilidad positivo y negativo y su IC95% de cada una de las pruebas y la combinación de ambas. Elaboración de las curvas ROC para comparar los resultados de pulsioximetría e ITB para diferentes puntos de corte.

Limitaciones. Para minimizar sesgo interobservador el trabajo será ciego para las pruebas. La onda doppler la determinará un especialista en cirugía vascular. Se realizará un entrenamiento homogéneo en las técnicas. Heterogeneidad en el registro de DM2 en la historia clínica.

Aplicabilidad. En el CS trabajan profesionales capaces de desarrollar el proyecto y un especialista en cirugía vascular. Se dispone del material necesario para el estudio e instalaciones para practicar las exploraciones y ubicar la secretaría.

Aspectos Éticos-Legales. Se incluirán los que firman el consentimiento informado.

P371 ESCAEPOC UN PROYECTO PARA LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA EPOC AGUDIZADA

A. Martínez García, E. Muñoz Triano, C. Linares Rodríguez,
J. López González, C. Guillén Benítez y M. García Barroso

Grupo de Trabajo ESCAEPOC. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sanitario Málaga. Málaga. Andalucía.
Correo electrónico: esperanzamutr@telefonica.net

Objetivos. Principal: evaluar efectividad intervención en continuidad asistencial comunitaria en días libres de agudización tras EPOC agudizada (EPOC-a).

Secundarios: perfil EPOC-a, factores asociados a su evolución/pronóstico en un ámbito comunitario.

Material y métodos. Tipo de estudio: Cuasiexperimental. Prospectivo. Multicéntrico. Ambito del estudio: 22 Centros de Salud. 1 Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sanitario urbano mediterráneo. 578.718 Tarjetas Individuales Sanitarias. 462.788 habitantes >14 años.

Sujetos: Pacientes con EPOC-a que demandan asistencia urgente domiciliaria.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.

Inclusión: juicio clínico EPOC-a. Aceptación del paciente. Exclusión: rechazo del paciente. Procesos neoplásicos/pronóstico infarto en 6 meses/deterioro cognitivo/minusvalía deambulación. Muestreo consecutivo desde demanda de asistencia urgente domiciliaria por EPOC-a.

Tamaño muestral: riesgo alfa 0,05/riesgo beta 0,02 para contraste bilateral, referencia: 1,9 agudizaciones/paciente/año (IBERCOP 1999). 665 agudizaciones. Grupo experimental/OESTE: 350 pacientes/196.870 habitantes. Grupo control/ESTE: 350 pacientes/265.918 habitantes; para igual o mayor al 20% tasa de agudizaciones. DT 1,2. Tasa pérdidas de seguimiento 15%.

Mediciones e intervenciones. Mediciones: 16 variables categorización (edad, sexo, Centro Salud, tabaquismo, paquetes-año, tratamiento basal, conocimiento régimen terapéutico (IOWA 1813)/medicación prescrita (IOWA 1813), hospitalizaciones último año, cuidador principal/sexo cuidador principal, comorbilidad, síntoma-demanda, consultas previas episodio, nivel asistencial consultas previas). 15 variables resultado (días libres agudización, número/tipo agudizaciones seguimiento, períodos interagudizaciones, tratamiento postagudización, destino del alta, FEV1 (3 valores/seguimiento), CVRS Saint George validado al español, grado disnea MRC, IMC, test marcha 6 minutos, hospitalizaciones por agudización/seguimiento, abandono tabaquismo, mortalidad, años vida ganados). Intervención multicompONENTE sobre la continuidad asistencial/cuidados: Subproceso para la continuidad de la atención entre DCCU, AP y SCCU en EPOC-a (Copyright Distrito Sanitario)/Tratamiento convencional. Seguimiento: postagudización/3 meses/6 meses.

Ánalisis estadístico. Descriptivo: medidas tendencia central, DT, porcentajes categorías. Variables intervención/resultado (chi cuadrado/t Student). Inferencial: ANOVA, Mann-Whitney, Wilcoxon. Tamaño del efecto de las variables resultado: reducción relativa riesgo/riesgo absoluto/odds ra-

tio, intervalos de confianza (NC 95%). Curva supervivencia: regresión de Cox. SPSS 12.0

Limitaciones: Finalización (ampliación < 30% tiempo total). Velocidad de reclutamiento (homogeneidad). Instrumentos validados/calibrados. Entrenamiento homogéneo del grupo. Control externo aleatorio sistemático 15% muestra.

Aplicabilidad. Potenciar homogeneidad de las actuaciones. Ayudar en toma decisiones. Validación nuevo modelo de atención. Orientar a modelo coste-efectividad/coste-utilidad. Establecer cohorte: seguimiento de supervivencia a medio/largo plazo. Exploración factores pronósticos en ámbito comunitario local.

Aspectos Éticos-Legales. Autorización de la Comisión de Ética e Investigación del Distrito Sanitario. Principios de confidencialidad/autonomía. Modelo normalizado de Consentimiento Informado, rubricado. Segregación de datos.

P372 BLOQUEANTES DE LOS CANALES DEL CALCIO Y BLOQUEANTES ALFA-ADRENÉRGICOS EN EL TRATAMIENTO DEL CÓLICO NEFRÍTICO: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ENSAYOS CLÍNICOS CONTROLADOS

X. Cortes Nicolau, A. López Andrés, M. Queralt Alcaraz,
M. Tarruela Plandolit y F. Vila Duart

CAP Les Hortes. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: montse.com@telefonica.net

Objetivos. Revisar y caracterizar la evidencia procedente de ensayos clínicos controlados que hayan evaluado el papel de los bloqueantes de los canales del calcio (BCC) y de los bloqueantes alfa-adrenérgicos (BAA) en el tratamiento del cólico nefrítico. Estimar la magnitud del efecto global de estos tratamientos sobre diferentes variables clínicas, y evaluar las posibles diferencias entre ambos grupos terapéuticos.

Material y métodos. *Tipo de estudio:* Revisión sistemática de ensayos clínicos controlados y aleatorizados. *Ámbito del estudio:* Podrán ser incluidos ensayos clínicos realizados en cualquier realizado en cualquier ámbito (atención primaria, servicios hospitalarios de urgencias). *Sujetos:* Identificación y selección de los estudios: se llevará a cabo una búsqueda en diferentes bases de datos electrónicas (MEDLINE, EMBASE y Cochrane Central Register of Controlled Trials -CENTRAL-) y se complementará con una búsqueda manual en las listas de referencias de los artículos relevantes.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo: Se seleccionarán para la revisión los estudios que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

- Tipos de estudio: ensayos clínicos controlados y aleatorizados (ECA), realizados en cualquier ámbito.

- Intervenciones: estudios que hayan evaluado cualquier BCC o BAA, independientemente de la dosis, pauta y vía de administración utilizada. Los grupos de comparación podrán incluir placebo u otros tratamientos habituales para el cólico nefrítico. También se incluirán estudios que han comparado el efecto de cualquier BCC con cualquier BAA.

- Pacientes: pacientes con diagnóstico clínico de cólico nefrítico.

- Variables de resultado: se incluirán estudios que hayan evaluado cualquiera de las siguientes variables clínicas: grado de alivio del dolor, tasa de recurrencias, necesidad de analgesia, tiempo y tasa de expulsión del cálculo, complicaciones renales y los efectos indeseados de los tratamientos.

Mediciones e intervenciones: Extracción de los datos y evaluación de la calidad de los estudios: dos revisores realizarán la extracción de los datos y evaluarán la calidad de los estudios de forma independiente. La calidad se evaluará mediante la puntuación en la escala de Jadad. Las discrepancias se resolverán por discusión y consenso.

Ánalisis estadístico. Si no se observa una heterogeneidad estadísticamente significativa entre los estudios, se realizará un metaanálisis para obtener una estimación del efecto global, utilizando el programa Review Manager desarrollado por la Cochrane Collaboration. Se calculará el riesgo relativo para las variables dicotómicas y la diferencia de medias estandarizada para las variables continuas. Las comparaciones previstas son: cualquier BAA o BCC, frente a placebo o frente a otros tratamientos, y comparaciones entre diferentes BAA o BCC. Si es posible, se realizará un análisis de subgrupos en función del tamaño del cálculo.

Limitaciones: No se llevará a cabo una búsqueda de estudios no publicados.

Aplicabilidad. A partir de los resultados, se podrá proporcionar a los profesionales recomendaciones basadas en las pruebas disponibles sobre la utilidad de los BAA y BCC en el manejo del cólico nefrítico.

Aspectos Éticos-Legales. No procede.

P373 ¿ES NECESARIO MEDIR EL ÍNDICE TOBILLO BRAZO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA?

S. Bauer Izquierdo, C. Sacristán González-Mataix,

N. Comabella Contreras y V. Barrado Solís

CS de Nazaret; CS Salvador Pau. Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: ssbbii@eresmas.com

Objetivos. 1. Conocer la prevalencia real de la enfermedad arterial periférica (EAP) en nuestra población. 2. Valorar la necesidad de practicar el ITB en nuestras consultas. 3. Definir la magnitud del problema de EAP en pacientes con DM2 en nuestra población. 4. Detectar qué factores además de la DM2 contribuyen a la EAP. 5. Conocer si el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con EAP es diferente a los de los pacientes sin EAP.

Material y métodos. *Tipo de estudio:* Estudio observacional y transversal en pacientes DM2. *Ámbito del estudio:* 2 centros de atención primaria de una misma ciudad. *Sujetos:* Pacientes DM2 entre 50 y 80 años (inclusive).

- Se seleccionarán en nuestros centros participantes entre todos aquellos con visita programada.

- El total de pacientes será: 200.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión:

- Pacientes con DM2

- Edad entre 50 y 80 años

- Pacientes en condiciones de firmar consentimiento.

Criterios de exclusión:

- Negativa del paciente

- Circunstancias que impidan el consentimiento

- DM 1.

- Lesiones que dificulten técnicamente la determinación de TA.

Mediciones e intervenciones:

- Datos básicos: edad; sexo; antecedentes familiares y personales.

- Tratamientos actuales

- Exploración física

- Análisis: glucemia; HbA1c; CT; Triglicéridos; HDL; LDL; creatinina.

- Cuestionario

- Determinación del ITB

Análisis estadístico: Objetivo principal: Encontrar una prevalencia de EAP superior a la encontrada en los estudios en población general. Secundarios: Mediante análisis de regresión logística se estudiarán factores asociados a la presencia de EAP en nuestra población. Los pacientes se dividirán en 2 grupos: con/sin EAP, y se compararán en relación a las variables mediante pruebas estadísticas (t-student, Chi-cuadrado). Definir grado de control de FRCV.

Calcular RCV de todos los pacientes con SCORE adaptado. Se realizará subdividiendo el grupo en pacientes con EAP en función de la sintomatología.

Asumimos que: 16 no presentarán EAP (32 tendrán otros eventos cardiovasculares asociados); 40 presentarán EAP, 20 con otros eventos CV asociados y otros 20 presentarán EAP como manifestación clínica de enfermedad CV. De 40 pacientes con EAP, estimamos 30 asintomáticos y otros 10 sintomáticos

Limitaciones: La muestra podría ser mayor.

Aplicabilidad. Demostrar que la técnica doppler es sencilla y útil para el diagnóstico precoz de la EAP.

Aspectos Éticos-Legales. Solicitaremos consentimiento informado. Los investigadores recogerán los datos correctamente respetando la confidencialidad de los mismos para que cumplir la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos. La información que se obtenga no se unirá a la persona identificable.

P374 GRUPOS PSICOEDUCATIVOS EN DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

I. Falder Serna, A. Samperio González, E. Burgos Fuentes,

M. Fuentes Riaza, A. Font Ferré y P. Villagrasa Montel

ABS Consell de Cent- Magòria. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: iafalder.pbcn@ics.scs.es

Objetivos: 1) Conocer la efectividad de la intervención grupal en trastornos ansioso-depresivos. 2) Conocer el grado de satisfacción de los pacientes sometidos a la intervención grupal. 3) Comparar la frecuentación y modificación del tratamiento entre las personas que han recibido intervención y las que no.

Material y métodos. *Tipo de estudio:* Estudio de cohortes. *Ámbito del estudio:* Centro de Atención Primaria de Barcelona ciudad. *Sujetos:* Pacientes mayores de 18 años, atendidos en el centro, diagnosticados de episodio depresivo, trastorno mixto de ansiedad- depresión, trastorno adaptativo y otros relacionados con el síndrome depresivo.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión:

- Episodio depresivo, trastorno mixto de ansiedad- depresión, trastorno adaptativo y otros relacionados con el síndrome depresivo.
- Clínica de intensidad leve.
- Consentimiento para participar en el estudio.
- Edad superior a 18 años.
- Persona pertenecientes a un cupo de médico reformado.

Criterios de exclusión:

- Patología psiquiátrica de intensidad moderada o grave.

Se realiza un muestreo estratificado según el diagnóstico: los pacientes seleccionados se derivan a la enfermera para realizar una entrevista y se les informa de la intervención grupal.

Mediciones e intervenciones. Mediciones: Test de Goldberg y HAD (ansiedad y depresión). Se recoge en la hoja de derivación los síntomas psicosomáticos y la medicación prescrita, además de los diagnósticos enfermeros y médicos.

En la entrevista se realiza la medición de las escalas y pactamos la posibilidad de entrar al grupo. Si no pueden pasan a ser grupo control.

Al final del estudio se valora la asistencia, la modificación de la medicación y la frecuentación tres meses antes, durante y tres meses después de la intervención.

La intervención consiste en realizar un Grupo Psico-educativo que consta de 8 sesiones de 1h 30 min de duración, más un reencuentro a los tres meses. El grupo consta de 8-12 personas y reciben en los primeros 15-30 min educación sanitaria de técnicas de manejo de la depresión a manos de dos enfermeras debidamente formadas (en depresión y aspectos de conducción de grupos) y que mantienen un seguimiento periódico de un psicólogo especialista en grupos. En el resto de sesión se funciona como un Grupo de Ayuda Mutua. El temario de las sesiones incluye: técnica de resolución de problemas, técnica de conversión de pensamientos negativos (Beck y Ellis) Técnica de distracción, consejos para persona en estado de depresión, etc.

Análisis estadístico: Los datos se analizaran mediante el programa SPSS.

No necesitaremos más recursos humanos para la investigación.

Limitaciones: La sala de reuniones y de atención grupal es pequeña y los grupos sólo pueden ser de 7 a diez personas. Por eso contamos con una N demasiado pequeña para exponer resultados y pensamos emplear dos años en el estudio.

Aplicabilidad. Aplicamos la guía de

Aspectos Éticos-Legales. Se ha pedido consentimiento informado a todos los individuos del estudio.

P375 RETENCIÓN DE HABILIDADES EN SOPORTE VITAL BÁSICO Y DESFIBRILACIÓN SEMIAUTOMÁTICA

M. Fernández Soriano, Y. Cánovas Zaldúa, B. Casabella Abril,
D. Lacasta Tintorer, M. Anoro Preminger y A. Perelló Bratescu

Raval Sud. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: mitefs@hotmail.com

Objetivos. Determinar la retención de habilidades en soporte vital básico instrumentalizado (SVBi) con uso de desfibrilador semiautomático (DEA) a los 6 meses de un taller formativo.

Material y métodos. *Tipo de estudio:* descriptivo con intervención formativa. *Ámbito del estudio:* Atención Primaria de Salud. *Sujetos:* 12 médicos, 11 enfermeras, 1 instructor de SVB, videograbación profesional y otro evaluador experto.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Profesionales sanitarios en plantilla del centro que aceptaron participar y que no realizaron ningún taller formativo en los siguientes 6 meses.

Mediciones e intervenciones. Variables: 1) Secuencia de habilidades en SVBi + DEA detallada en 30 etapas (47 ítems) del Cardiff-test 3.1, recomendado por la European Resuscitation Council (ERC). 2) Características de los profesionales. Intervenciones: Taller formativo de 6 horas con metodología de la ERC seguido a la semana de una serie videograbada de 18 simulaciones tipo estación (13 individuales y 5 parejas de reanimadores). Se repite la filmación de la misma serie de simulaciones a los 6 meses. Mediciones: Puntuación experta retrospectiva del grado de consecución de habilidades mediante check-list con escala de tipo Likert con 3 a

7 categorías y Guía de valoración. 6 ítems proceden del registro del maník megacode de training

Analisis estadístico: SPSS winv.12. Análisis de medidas repetidas para comparar medidas en las 2 fases. (Prueba de Mc Nemar para variables cualitativas con 2 categorías, prueba no paramétrica de Wilcoxon para variables cuantitativas, etc)

Limitaciones: El cardiff test 3.1 está validado en reanimadores no sanitarios; no se dispone de un instrumento bien validado para personal sanitario. Desconocemos el nivel de competencia pretaller de los intervinientes. El diseño no permite concretar la periodicidad mínima necesaria de los refuerzos formativos.

Aplicabilidad. No está clara la periodicidad con que deben impartirse talleres formativos para mantener una retención de habilidades suficiente. La ERC recomendó en el año 2000 estudios en este sentido. Nuestro trabajo puede ayudar a responder a una doble pregunta: ¿la retención de habilidades a los 6 meses de un taller formativo de la ERC es suficiente para garantizar un SVBi+DEA adecuado? ¿Pueden ampliarse o deben recortarse los períodos entre formación?

Aspectos éticos-legales. Consentimiento de los reanimadores. Subestudio de proyecto aprobado por la Fundació Gol i Gurina para la promoción de la investigación en la APS. Ayuda financiera camfic. Colaboración maník: Ambú S.L.

P376 EL CRIBADO DE CÁNCER DE COLON Y RECTO: UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN COORDINADO ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ESPECIALIZADA Y SALUD PÚBLICA

J. Cruzado Quevedo, F. Pérez Riquelme, M. Lázaro Agustín,
M. Cavas Martínez, F. Carballo Alvarez y A. Gómez Gómez

Grupo Investigación PCaColón y Recto. Gerencia AP, Hospital Morales Meseguer, Dirección General de Salud Pública. Murcia. Murcia.

Correo electrónico: jose.cruzado@carm.es

Objetivos. El cáncer de colon y recto (CCR) presenta elevada incidencia y alta morbilidad, además es una enfermedad que es susceptible de cribado.

Objetivo principal: valorar la viabilidad de un programa piloto de cribado de CCR para su posterior implantación en la comunidad. *Objetivos específicos:* 1) Disminuir la incidencia y morbilidad CCR. 2) Alcanzar tasas de participación de al menos un 70% en dos años. 3) Garantizar la continuidad de atención al 100% de los participantes. 4) Conseguir tasas de detección de cánceres de al menos tres veces la tasa de incidencia previa, al final de los dos años. 5) Que el 100% de los participantes que precisen tratamiento sean tratados en un plazo de 30 días. 6) Promocionar la Guía de Práctica Clínica (GPC) de Prevención de CCR en AP.

Material y métodos. *Tipo de estudio:* Estudio prospectivo, descriptivo, realizado en el marco de la sanidad pública, de dos años de duración.

Ámbito del estudio. 1 área de salud que integra 13 zonas de salud (ZS) con 13 Equipos de Atención Primaria (EAP) y 1 Hospital. *Sujetos.* Hombres y mujeres asignados a los EAP del área.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Tener entre 50 y 69 años sin antecedentes personales de CCR.

Mediciones e intervenciones. Las pruebas de cribado se realizarán utilizando test inmunológicos de determinación de sangre oculta en heces, con toma de muestras durante dos días consecutivos, repetidas cada dos años si los resultados son negativos. Cuando una de las dos pruebas resultase positiva, se realizará colonoscopia tras sedación superficial como prueba diagnóstica. En ese momento se realizará la exérésis de lesiones susceptibles de extirpación que serán remitidas para valoración por anatomía patológica. Aquellas lesiones susceptibles de tratamiento quirúrgico se remitirán a cirugía. La captación se realizará por ZS de forma periódica y bianualmente (implicando información a las autoridades municipales, a los EAP y farmacias colaboradoras). Las invitaciones se realizarán cada 6 meses (incluyen la solicitud de prueba de cribado para laboratorio) y sirve de documento acreditativo para retirar los equipos de cribado en los centros de salud y farmacias. Indicadores evaluación: de proceso: proporción de invitaciones realizadas y aceptación del cribado, de equipos de toma de muestras repartidos y enviados a analizar, de muestras enviadas y analizadas correctamente, de derivación a consulta digestivo, de aceptación colonoscopia, de colonoscopias completadas, de discordancia entre dos muestras procesadas por individuo, tiempo de cribado, tiempo de colonoscopia, tiempo de anatomía patológica, tiempo de tratamiento y cargas de trabajo. de resultado: cobertura alcanzada, tasa de participación, tasa de positivos, tasa detección adenomas, tasa detección cánceres.

Análisis estadístico: Medias resumen y representación gráfica, comparación medias y proporciones, valor predictivo positivo y negativo, análisis descriptivo de tiempos y gráficas de control.

Limitaciones: Dificultades para la captación, bajas tasas de participación, negativas a la realización de colonoscopias, sobrecarga asistencial imprevista.

Aplicabilidad. Diseminación del modelo al resto de la comunidad. Exportación a otras comunidades. Incorporar la GPC de prevención de CCR en AP.

Aspectos Éticos-Legales. La participación es voluntaria. Precisa consentimiento informado para la colonoscopia. Queda garantizada la confidencialidad.

P377 PROGRAMAS EDUCATIVOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA INESPECÍFICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO Y ALEATORIZADO

C. Fernández Fernández, F. Kovacs, A. Ruiz, M. Segui y P. Ibañez

Reide (Red española de Investigadores En Dolencias de Espalda). Palma de Mallorca. Illes Balears.

Correo electrónico: cffernandez@caralmar.com

Objetivos. Comparar la efectividad de la entrega de tres folletos en Atención Primaria (AP) sobre el grado de incapacidad física de los pacientes con Lumbalgia Inespecífica (LI). Invitar a todos los médicos interesados en este proyecto a participar en él.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Ensayo clínico controlado a doble ciego y seguimiento 6 meses. *Ámbito del estudio:* 23 consultas de Atención Primaria en varias regiones españolas. *Sujetos:* 276 pacientes, asignados aleatoriamente a tres grupos de intervención.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo: Pacientes que consultan por LI, con o sin dolor irradiado o referido, sin señales de alerta para enfermedad sistémica o remisión a cirugía. Criterios de exclusión: Incapacidad para cumplimentar los instrumentos de medida, posturación habitual, diagnóstico de enfermedades reumatológicas inflamatorias o fibromialgia. Muestra de 276 sujetos. Se asume un error alfa y beta de 0,05 y 0,1 y contraste a dos colas.

Mediciones e intervenciones. Variable fundamental: Grado de incapacidad. Variables secundarias: Número de días de baja laboral, intensidad de los pensamientos catastrofistas, y calidad de vida. Serán medidas mediante versiones validadas de los cuestionarios de Roland-Morris, catastrofización y SF-12, al inicio del estudio, a los 30 y 180 días. Intervención: Entrega al paciente de un folleto del mismo grosor en sobre cerrado, una vez firmado el consentimiento informado. La diferencia entre los grupos radicará en el contenido del sobre: Grupo A: Folleto de higiene postural ("guía de la espalda"). Grupo B: Folleto de manejo activo ("manual de la espalda"). Grupo C (control): Recomendaciones generales de salud.

Ánalisis estadístico: Se comparará en los tres grupos los valores de las variables al inicio y su evolución durante el período de seguimiento. Se usará la prueba del chi cuadrado, el análisis de la varianza y la de Newman-Keuls. Las eventuales variables de confusión se controlarán mediante estratificación y modelos de regresión lineal. El análisis se hará por intención de tratar y por protocolo.

Limitaciones: No se puede asegurar que los pacientes lean el folleto. Eso forma parte de la intervención y no se tomarán medidas para evitarlo, pues refuerza la aplicabilidad de los resultados.

Aplicabilidad. La entrega de un folleto es un método educativo simple, rápido y aplicable en AP, donde el tiempo disponible es escaso. En caso de resultados positivos, serán inmediatamente aplicables.

Aspectos éticos-legales. Financiado por una Fundación sin ánimo de lucro y de reconocido interés público (Fundación Kovacs). Aprobado por el comité ético de investigación clínica de las islas Baleares (nº IB 480/05). Todos los participantes en este estudio serán coautores del correspondiente artículo científico.

P378 VALIDACIÓN DE LA ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL A LA POBLACIÓN ESPAÑOLA DEL NDI

C. Fernández Fernández, J. Olabe, F. Kovacs, S. Jiménez y L. González Luján

Reide (Red Española de Investigadores en Dolencias de Espalda). Palma de Mallorca. Illes Balears.

Correo electrónico: cffernandez@caralmar.com

Objetivos: Desarrollar una versión adaptada transculturalmente a España del NDI (Neck Disability Index) y determinar sus características psicométricas.

Invitar a todas las personas interesadas a participar en el proyecto.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Validación de cuestionario.

Ámbito del estudio: Centros vinculados a la Red Española de Investigadores en Dolencias de Espalda, tanto en el ámbito de Atención Primaria como en el Hospitalario.

Sujetos: 200 pacientes reclutados en las consultas médicas

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo: Pacientes atendidos en consultas de atención primaria u hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, por cervicalgia con o sin dolor referido, y que estén alfabetizados. Se excluyen pacientes con afectación del Sistema Nervioso central, con o sin tratamiento, migraña, criterios de indicación quirúrgica y signos de sospecha de enfermedad sistémica.

Mediciones e intervenciones: La única intervención será la entrega al paciente de un juego de cuestionarios autocumplimentables, al ser reclutado y 14 días después. Elaboración de la versión española del NDI: Dos equipos independientes de hispano y angloparlantes traducirán separada y enmascaradamente la versión original al español, traducirán de nuevo la versión española al inglés y la compararán con la original. Pilotaje: La primera versión española (V1) se pilotará con 50 pacientes de bajo nivel cultural, registrándose el tiempo que tardan en contestarla e indagándose su comprensión de cada ítem. En la segunda versión (V2) se aclarará la redacción de las frases que en la V1 hayan sido malinterpretadas por más del 10% de los pacientes. Validación: En 150 pacientes se determinarán las características métricas de la escala.

Ánalisis estadístico: Comprensibilidad. Pilotaje: descriptivo del número de frases incorrectamente interpretadas. Fase de validación: descriptivo del número de frases sobre cuyo sentido el paciente pida aclaración. Características psicométricas: consistencia interna: alfa de Cronbach; reproducibilidad: método de Bland-Altman; efectos techo y suelo: número de sujetos que alcanzan la puntuación máxima y mínima de la escala, validez aparente: correlación con dolor, calidad de vida y estado general del paciente, determinada por modelos de regresión con técnicas multivariantes. Duración: Media y desviación estándar del tiempo que tarde el paciente en responder el cuestionario y el médico en determinar la puntuación.

Limitaciones: Ningún estudio puede "validar" por sí mismo un instrumento de medida; este estudio permitirá sólo conocer sus características psicométricas y su aplicabilidad en primaria.

Aplicabilidad. Los resultados de este estudio son indispensables para poder determinar la incapacidad por cervicalgia, seguir su evolución, adaptar el tratamiento y evaluar su eficacia y efectividad. La escala es autocumplimentada por el paciente, lo que contribuye a su aplicabilidad en primaria.

Aspectos éticos-legales. Financiado por una Fundación sin ánimo de lucro y de reconocido interés público (Fundación Kovacs), y aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Son Dureta (Palma de Mallorca) con nº de expediente IB 492/05.

P379 PREDICCIÓN DE FUTUROS EPISODIOS DE DEPRESIÓN. EVALUACIÓN DE UN PERFIL DE RIESGO (ESTUDIO PREDICT)

C. Montón Franco, J. Bellón Saameño, B. Moreno Küstner, F. Torres González, B. Oliván Blázquez y M. Gil de Gómez Barragán

Grupo PREDICT. CS Casablanca. Zaragoza. Aragón.

Correo electrónico: carmenmontonf@able.es

Objetivos. Desarrollar y validar un innovador cuestionario de riesgo multifactorial, útil para los médicos de atención primaria para predecir el inicio y mantenimiento de los episodios depresivos.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio de cohortes prospectivo de 1 año de seguimiento. *Ámbito del estudio:* En atención primaria, 44 centros de salud rurales y urbanos de 8 provincias españolas (Zaragoza, La Rioja, Madrid, Málaga, Granada, Las Palmas, Tenerife y Mallorca) con la colaboración de 246 médicos. *Sujetos:* Se ha reclutado una muestra de 5830 pacientes.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión: selección aleatoria de pacientes entre 18-75 años de edad que están en el listado de citas de la consulta médica.

Criterios de exclusión:

- Por debajo ó encima del rango de edad (<18>75).
- Trastorno orgánico grave con dificultades para el aprendizaje; con deterioro cognitivo.
- Enfermedad grave que ponga en riesgo su vida.

- Todos aquellos que sean considerados demasiado enfermos por su médico de familia para participar en el estudio.
- Pacientes que no residan de forma habitual en la localidad del estudio.
- Persona que acude a la consulta que no es el paciente citado.
- Paciente que no sea capaz de comunicarse en español.

Mediciones e intervenciones. Medida de efecto: Es la aparición de un episodio depresivo según criterios CIE-10. Para ello utilizaremos la sección depresión de la Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional (CIDI) la cual ha sido desarrollada y validada por la OMS. Todos los pacientes que completen la evaluación inicial serán reevaluados a los 6 meses (T2) y a los 12 meses (T3). Medida exposición: factores de riesgo (demográficos, financieros, trabajo, apoyo amigos-familia, alcohol, Ansiedad, Historia Psiquiátrica, utilización consultas, etc.) valorados por el cuestionario Predict compuesto por instrumentos de demostrada fiabilidad y validez.

Análisis estadístico: La ecuación de riesgo puede ser derivada usando el análisis de la regresión logística. La ecuación derivará de una muestra aleatoria del 50% de los datos y será aplicada a cada miembro del resto 50%.

Limitaciones:

- El año de seguimiento puede considerarse como un periodo corto, por lo que se ha solicitado financiación para seguir el proyecto durante otro año más.
- Las pérdidas durante el seguimiento pueden ser un problema, para no perder potencia estadística se ha aumentado el tamaño muestral, admitiendo pérdidas superiores a un 20%
- La falta de homogeneidad en el procedimiento por haber muchos centros implicados. Por ello se plantean varias reuniones y un plan de control de calidad.
- La insuficiente medida de los factores endógenos de la depresión. Por ello se completará el estudio con un análisis genético de la cohorte (PREDICT-Gen).

Aplicabilidad. Proporcionar al médico de familia un sencillo instrumento predictivo que incremente su habilidad para anticipar episodios depresivos en sus pacientes. Proporcionar evidencia sobre la cual desarrollar y más tarde evaluar intervenciones que reduzcan la prevalencia de una costosa e incapacitante enfermedad.

Aspectos éticos-legales. El proyecto PREDICT ha sido aprobado por los comités éticos de las ciudades participantes. Los pacientes cumplimentan la solicitud de consentimiento tras haber sido informados por su médico de familia y por los entrevistadores de las características del estudio y de en qué consiste su colaboración.

El proyecto tiene financiación FIS como proyecto coordinado que dispone de 3 subproyectos (PI041980/FIS, PI042450/FIS, PI041771/FIS).

P380 LA DETECCIÓN DE LOS PROBLEMAS ÉTICOS EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

B. Buil Tricas, N. Martín Espíldora, M. Delgado Marroquín
y R. Altisent Trota

CS Actur Sur; Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud. Zaragoza. Aragón.
Correo electrónico: bbuil75@hotmail.com

Objetivos. Conocer los problemas éticos que son relevantes por su frecuencia o importancia en las consultas de atención primaria. Crear una red de observadores para detectar los problemas bioéticos en las consultas de atención primaria. Clasificar el tipo de problemas que surgen en las consultas diarias. Validar la información obtenida en la red de observadores mediante la elaboración de un cuestionario para distribuir en una muestra representativa de los médicos de familia de Aragón.

Material y métodos. *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo y observacional.

Ámbito del estudio: Comunidad Autónoma de Aragón. *Sujetos:* Médicos de familia.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Para la creación de la red de observadores: criterios de selección:

1. Que sean médicos de familia.
2. Que trabajen para SALUD en Aragón.
3. Que hayan participado de los cursos de bioética realizados para atención primaria o alguna actividad relacionada con la bioética.
4. Más de 5 años de experiencia como profesionales de la medicina de familia.

Para la encuesta de validación: *a)* Muestra representativa de la población, estratificada por provincias (Zaragoza, Huesca y Teruel), medio rural o urbano y sexo, y *b)* cálculo del tamaño muestral.

Mediciones e intervenciones.

- Constará de tres partes:
1. Obtención de los datos mediante la red de observadores:
 - Constituir la red de observadores según los criterios de selección.
 - Clasificar los distintos tipos de problemas detectados.
 2. Exponer los datos obtenidos a validación por una muestra representativa de médicos de familia.
 - Crear una encuesta para validar los datos recogidos.
 3. Exponer los datos obtenidos a validación por un grupo de expertos en bioética.

Ánalisis estadístico: Los datos obtenidos en la red se analizarán con técnicas de investigación cualitativa, con el análisis mediante programas informáticos especializados y la experiencia del equipo investigador. Los datos obtenidos del cuestionario a la muestra representativa de médicos se analizarán con investigación cuantitativa, mediante el índice de concordancia simple y el coeficiente kappa de Cohen, que también se utilizará para medir la concordancia entre los expertos. Los resultados de este índice se valoraron mediante los criterios de Fleiss.

Limitaciones: No conocemos el grado de implicación y de colaboración que podrían tener los observadores seleccionados para constituir la red. Debería ser una red representativa, o al menos sin sesgos significativos, de la población de médicos de la zona elegida para llevar a cabo el proyecto. Se debería mantener un porcentaje de médicos de zonas rurales y urbanas, por provincias y por porcentaje de población.

Aplicabilidad. Se pretende demostrar que los problemas éticos que surgen en la consulta diaria de atención primaria tienen relevancia suficiente para ser abordados específicamente por los programas de formación continuada. Se espera que la información aportada por este estudio contribuya a mejorar la aceptabilidad de la docencia en bioética por parte de los médicos a través de una aproximación al día a día de su actividad asistencial.

Aspectos éticos-legales. Se asegura la confidencialidad de los datos aportados en cuanto a la casuística de los problemas éticos, así como de los médicos que detectan dichas cuestiones.

Proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS). Referencia proyecto: PI052590.

P381 DOMICILIO DE ALTO RIESGO

M. Badenes Mezquita, C. Rambla Vidal, M. Domínguez Capel,
J. Company Pamies, H. Trinchet Pupo y M. Pla Consuegra

ABS Valls Urbà. Valls. Cataluña.

Correo electrónico: marimarjuarez@yahoo.es

Objetivos. *Objetivo general:* Analizar qué ocurre en la vida diaria del paciente diabético para que asuma como admisibles situaciones de riesgo de descompensación aguda que pueden suponer compromiso vital para ellos y para el médico de familia situaciones de atención domiciliaria urgente compleja.

Objetivos específicos: Valorar el grado de conocimiento que los convivientes habituales de diabéticos tienen sobre las posibles descompensaciones de esta patología, especialmente si saben reconocerlas y qué hacer inmediatamente en caso de presentarse. Valorar su conocimiento sobre el tratamiento del enfermo, incluyendo la importancia de los hábitos de vida y otros aspectos no farmacológicos.

Material y métodos. *Tipo de estudio:* Estudio cualitativo exploratorio; intensivo y emergente. Diseño justificado por la necesidad de buscar conocimiento referencial sobre el fenómeno de estudio desde las perspectivas de los diferentes actores implicados. *Ámbito del estudio:* ABS urbana que atiende unos 24.000 habitantes. *Sujetos:* Convivientes directos y indirectos habituales actuales de pacientes diabéticos.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión:

1. Pacientes: Diabetes I, debut entre los 15 y 35 años, hace más de 5 años.
2. Convivientes:
 - Convivientes directos: compartir domicilio habitualmente con paciente.
 - Ninguno (vive solo/a); pareja y/o hijos; padres y/o hermanos; amigo/s y/o compañero/s.
3. Convivientes indirectos:
 - Padres y/o hermanos (vive solo/a, en pareja o con amigos); amigos y/o pareja (vive solo/a o con padres y/o hermanos); compañeros trabajo; vecinos.

Criterios de exclusión: No aceptar participación. Presentar dificultad para la entrevista, bien por dificultad para la comprensión del estudio, bien por incompatibilidad horaria.

Muestreo:

- Muestreo intencional estratificado.
- Elaboración listado pacientes mediante búsqueda informática código diabetes I y comprobación fecha diagnóstico.
- Consulta equipos salud: confirmar criterios inclusión y reelaborar lista buscando representación de cada subgrupo de convivientes.
- Contacto telefónico paciente: explicar estudio y realizar listado convivientes habituales.
- Contacto convivientes: explicar estudio e invitar a charla informativa y entrevista.

Mediciones e intervenciones. Fase preliminar: elaboración del guion: Grupos nominales con informantes claves (profesionales salud, pacientes).

Análisis estadístico: Con la información obtenida y transcrita se realizará Análisis de Discurso y Análisis de Contenido categorial temático, descomponiendo el texto en unidades de significado, para agruparlas en categorías según criterio de analogía, considerando las similitudes entre las diferentes unidades en función de criterios analíticos pre establecidos según los objetivos del estudio y a partir de elementos teóricos que emergen del propio texto.

Limitaciones: Podrían ser las propias de estos tipos de estudio.

Aplicabilidad. Los datos permitirán planear estrategias de medicina comunitaria orientada a convivientes basadas en educación diabetológica para aumentar el conocimiento sobre esta patología. Cuanto más sepan los convivientes, mejor podrán ayudar a evitar descompensaciones o situaciones de riesgo vital si aquéllas acontecen.

Aspectos éticos-legales. Consentimiento informado explícito previo a la entrevista. Garantía de confidencialidad.

P382**POSIBLE ABUSO DEL FLÚOR EN EDAD PEDIÁTRICA**

R. Tell Busquets, E. Recasens Oliva, M. Juarez Laiz,
I. Guinea Oruechevarría, I. Hospital Guardiola y M. Alvarez Luy
ABS Valls Urbà. Valls. Cataluña.
Correo electrónico: marimarjuarez@yahoo.es

Objetivos. Conocer los hábitos higiénico-dietéticos y clasificar la población en función de una escala predictiva del riesgo de fluorosis en la población pediátrica de un área de salud semirural.

Material y métodos. *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito del estudio:* Atención primaria de un área básica de salud semirural.

Sujetos: La población de estudio son todos los niños que acuden a la escuela con edades comprendidas entre los 3 y 16 años (muestra teórica de 640 sujetos).

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo: Se incluirán a todos aquellos niños que acudan a la escuela el día que se realice la recogida de datos, quedando excluidos aquellos que no tengan la residencia en la población del estudio.

Mediciones e intervenciones: Se les pasará una encuesta autoadministrada que cuenta con 13 ítems que quieren evaluar el grado de higiene bucal (preguntando las veces que se lavan los dientes, si utilizan dentífrico y si se enjuagan la boca) y la ingesta de flúor (dependiendo del tipo de pasta de dientes utilizada, el agua de consumo y alimentos suplementados con flúor) teniendo en cuenta la edad del paciente y según los datos recogidos se valorará la cantidad de flúor ingerida y dependiendo de los valores se relacionará con la posibilidad de desarrollar en un futuro la fluorosis.

Análisis estadístico: Inicialmente se realizará un análisis descriptivo univariante, posteriormente se realizará un análisis bivariante para ver asociación entre diferentes variables y por último se realizará un análisis multivariante de las variables que hayan mostrado asociación con la variable a estudio. En un estudio piloto previo realizado con una muestra de 68 niños se ha obtenido un riesgo de padecer fluorosis de un 10,3%, de los cuales un 8,8% con riesgo bajo y un 1,5% con riesgo moderado, no hay nadie con riesgo alto.

Limitaciones. Aunque no existe un gold-estándar para la determinación de fluorosis, en el presente estudio se utilizará un cuestionario propio y se medirá con una escala ordinal propia, donde se ha dado una puntuación a cada ítem siendo más alta cuanta más cantidad de flúor, el rango de puntuación va de 0-30. Al ser un estudio transversal y no poder valorar su validez futura, se realizará un cálculo de coeficientes kappa desagregados para cada ítem y se excluirán aquellos que presenten un coeficiente kappa <0,5.

Aplicabilidad. Una vez realizado el estudio inicial, esto nos permitirá realizar un proyecto de intervención comunitaria de promoción de la salud consistente en dar a toda la población de estudio unas recomendaciones generales sobre hábitos higiénico-dietéticos. Después haríamos una intervención en aquellos que hayan dado un cierto grado de posibilidad de fluorosis, haciendo más hincapié sobre los hábitos. A los seis meses se les pasaría nuevamente la encuesta y se valoraría la eficacia del programa, pudiéndose también hacer un seguimiento a largo plazo.

Aspectos éticos-legales. Tratándose de un estudio observacional el estudio no plantea los problemas éticos que podrían derivarse de un estudio de intervención. Se prevé dar la información y mantener la confidencialidad de los datos.

P383 CAÍDAS EN ANCIANOS Y FÁRMACOS

M. Juarez Laiz, A. Garrido, O. Esteso Hontoria, E. Recasens Oliva,
I. Guinea Oruechevarría y R. Tell Busquets

ABS Valls Urbà. Valls. Cataluña.

Correo electrónico: marimarjuarez@yahoo.es

Objetivos. Evaluar la asociación entre determinados fármacos (analgésicos y/o antinflamatorios) y presencia de inestabilidad y caídas

Material y métodos. *Tipo de estudio:* Estudio longitudinal de cohortes prospectivo. *Ámbito del estudio:* Atención Primaria de Salud. *Sujetos:* Población > 65 años adscritos a 5 equipos de atención primaria de una ABS urbana.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo: Los sujetos se distribuyen en 2 grupos según la presencia del factor de estudio. En el grupo expuesto, se incluyen los sujetos con prescripción crónica (> 6 meses) de analgésicos y/o AINES. En el grupo control, los que no los toman. La muestra calculada, para una incidencia prevista de caídas anuales del 30%, asumiendo un nivel de confianza del 95% ($\alpha = 0,05$), potencia del 80% ($\beta = 0,2$), sensibilidad del 25% ($RR = 1,25$), es de $n = 66$ en los no expuestos y de $n = 197$ en los expuestos. Se añade un 20% mas en cada grupo para suplir posibles perdidas. El muestreo se hará de manera aleatoria a partir del listado de prescripción crónica informatizado del centro. El periodo de estudio y seguimiento, en función de los resultados parciales obtenidos, será de 12 meses para ambos grupos.

Mediciones e intervenciones: Al inicio del estudio se realiza una entrevista domiciliaria a todos los sujetos de la muestra. Se explica el objetivo del estudio y se solicita su consentimiento. El factor de estudio: presencia de caídas durante el periodo de seguimiento. Variables estudiadas: edad y sexo, tipo de convivencia, antecedentes patológicos (enfermedades crónicas), medicación (prescrita y automedicación), alteraciones sensoriales (vista y oído), alteraciones en la marcha y equilibrio (test unipodal y "up ang go"), dependencia funcional (test Lawton y Brody y Barthel), riesgo social (Escala socio-familiar de Diaz-Palacios). El paciente o familiares deben informar a su médico cuando se produzca cualquier caída. Producida esta se recogerá información sobre: fecha, condiciones del evento, síntomas acompañantes, actitud del sujeto durante la caída y consecuencias. De manera periódica, mediante contacto telefónico se contactará a ellos, para investigar sobre algún evento no comunicado y recordar la necesidad de hacerlo.

Análisis estadístico: Análisis de la incidencia de caídas entre expuestos y no expuestos, sus características y contexto. Evaluación de la asociación entre diferentes variables estudiadas y mediante análisis multivariante valorar la asociación entre fármacos analgésicos/AINES y caídas (cálculo del RR con su IC)

Limitaciones: Los sujetos estudiados, podrían pasar por alto aquellos eventos que sin consecuencias importantes. Otra podría el bajo cumplimiento existente cuando existe polimedición, hecho frecuente en nuestra población de estudio.

Aplicabilidad. Muchos de nuestros ancianos están polimedicados. Frequentemente existen interacciones entre fármacos que no son valorados. Existe una alta tendencia a la automedicación y al abuso de determinados fármacos como AINES/analgésicos. Algunos estudios apuntan la relación entre estos e inestabilidad y caídas en ancianos. Son estudios transversales, no apropiados para establecer relación causa-efecto. Creemos necesario la realización de estudios apropiados para manifestar esta relación. Podría contribuir a un uso más racional de estos fármacos en ancianos.

Aspectos Éticos-Legales. Es un estudio observacional, sin intervención. No creemos que existan problemas éticos.

P384 VALIDACIÓN DEL MINI-COG COMO INSTRUMENTO BREVE DE DETECCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA (PROYECTO DE INVESTIGACIÓN)

E. Castell Friguls, L. Belmonte Calderón, M. Fuentes Pérez,
P. Monteagado Caba, M. Cusi Ibáñez y T. Palatsi Cortés

ABS Camp de l'arpa; CAP Maragall. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: mafuentesperez@hotmail.com

Objetivos. La demencia es una de las causas más frecuentes de incapacidad y dependencia en el anciano. El Mini-Cog es un instrumento de cribado de demencia de uso internacional, aunque no validado en España. Consiste en la aplicación inicial del recuerdo de tres palabras (R3P). Si el paciente recuerda 3 palabras, descartamos deterioro cognitivo (DC). Si no recuerda ninguna, sospechamos DC. Si recuerda 1 ó 2 palabras administramos test del reloj (TR): si es normal, descartamos DC; si no, sospechamos DC.

Objetivo: Realizar la validación española del Mini-Cog.

Material y métodos. *Tipo de estudio:* Estudio de validación de prueba diagnóstica. *Ámbito del estudio:* Centro de Salud urbano.

Sujetos: Pacientes ambulatorios > 64 años y pacientes diagnosticados de demencia. Cálculo muestra para estudio validez concurrente y predictiva (Granmo 5.2), asumiendo nivel de confianza 95%, precisión 5%, proporción esperada de demencia 10%.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión: pacientes adscritos a nuestro centro de salud.

Criterios de exclusión: pacientes incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria.

Mediciones e intervenciones: Medidas: consentimiento informado y administración del Mini-Cog por nuestro equipo. Variables iniciales: valoración cognitiva, nutricional, funcional, calidad de vida y estado emocional, recogidas por médico experto. Intervenciones: Derivación a Atención Especializada para realizar estudio diagnóstico (DSMIV) de dos grupos de pacientes: 1) Mini-Mental State Examination corregido < 25 (según validación de Blesa, 2001) o queja subjetiva de pérdida de memoria, 2) pacientes con demencia ya diagnosticada y GDS<5.

Análisis estadístico. Cálculo: sensibilidad, especificidad, valores predictivos y cocientes de probabilidad (intervalos de confianza al 95%) del Mini-Cog (DSMIV patrón oro).

Limitaciones: Primer estudio de validación del Mini-Cog realizado en nuestro país (no existen versiones previas)

Aplicabilidad. Aplicabilidad: Mini-Cog es de aplicación fácil y rápida interpretación.

Aspectos Éticos-Legales. No impacta negativamente al paciente o a su entorno familiar.

P385 UTILIDAD DE UN PROGRAMA INFORMÁTICO EN EL SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

M. Jauregui García, C. Gojgarea, A. Mendiola Egaña, A. Arana Echeberria, A. Aguirre Beldarrain e I. Martínez Pueyo

CS Lasarte. Lasarte. País Vasco.
Correo electrónico: mjauregi@apge.osakidetza.net

Objetivos. Demostrar la eficacia de la aplicación PAP del programa informático Osabide para el seguimiento de indicadores de calidad en la práctica clínica.

Material y métodos. *Tipo de estudio:* Estudio prospectivo. El sistema informático Osabide se basa en arquitectura de tres capas con base de datos Oracle 9i, servidor de aplicaciones WebLogic 8.1 y servidor web Sun ONE 6.0, todo en un cluster de servidores AIX 5L. El sistema estadístico de la aplicación PAP de este programa permite la interpretación de datos y/o realizar estudios prospectivos con los mismos. Actualmente tenemos en proyecto un estudio prospectivo sobre el control de la hipertensión arterial en dos grupos de pacientes, hipertensos y diabéticos hipertensos. Utilizaremos los datos obtenidos de la estadística de la aplicación PAP Osabide. El estudio es prospectivos y realizaremos cortes transversales mensuales para obtener la información a lo largo de un año. *Ámbito del estudio:* Una Unidad de Atención Primaria que atiende a 25.000 pacientes. Las UAP son una fuente muy importante de información sobre el paciente, y es a este nivel con el que pretendemos trabajar. La información existente puede ser interpretada y valorada según varios criterios, para realizar estudios prospectivos. **Sujetos:** Los sujetos del estudio son todos los pacientes que acuden a la UAP con diagnóstico de hipertensión no diabético, estos son unos 2.180; y los diabéticos hipertensos que son unos 530.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo

Se incluyen en el estudio todos los pacientes con diagnóstico de hipertensión que han acudido a la UAP a lo largo del año que dure el estudio. No se realiza muestreo ya que el programa estadístico registra los datos de los pacientes que acuden durante este periodo de tiempo a la UAP. Quedan excluidos automáticamente los pacientes que aunque estén diagnosticados de hipertensión no hayan acudido a la UAP.

Mediciones e intervenciones: Se hará una petición estadística mensual con la que sabremos en cada uno de estos cortes el número de pacientes que cumplen el criterio de buen control de la HTA, es decir en hipertensos que sea menor o igual a 140/90, y en diabéticos hipertensos que sea menor de 130/80. Con estos resultados calcularemos el porcentaje de pacientes bien controlados que tenemos cada mes. Realizaremos 12 cortes sucesivos con un intervalo de 1 mes a lo largo de un año.

Ánalisis estadístico: Se valorará mediante una comparación de porcentajes con el test de Chi cuadrado, si existen diferencias significativas entre los diferentes cortes transversales, y si existen diferencias significativas entre los dos grupos del estudio, hipertensos solo e hipertensos diabéticos.

Limitaciones: Los datos obtenidos después de unos meses de seguimiento nos permiten valorar el control de la tensión arterial a nivel UAP. Estos datos podrían compararse con UAPs similares de la comunidad autónoma Vasca.

Aplicabilidad. La aplicabilidad del estudio será para la UAP, que en función de los resultados podrá aplicar medidas correctoras que mejoren la calidad en el control de la HTA.

Aspectos Éticos-Legales. La confidencialidad de los datos es total ya que en ningún momento se identifica el nombre de los pacientes, se trabaja exclusivamente con indicadores de resultado

P386 EXPERIENCIAS CON GRUPOS FOCALES DE INMIGRANTES EN EL CONTEXTO DE UN PROYECTO APOC

D. Parramon, L. Sala Trevejo, A. Casafont, M. Pujiula Blanch, A. Marquès y J. Barrat

ABS Salt. Girona. Cataluña.
Correo electrónico: lsalatrev@yahoo.es

Objetivos: Conocer la percepción del sistema socio-sanitario de la población inmigrante marroquí dentro del examen preliminar, siguiendo la metodología de atención primaria orientada a la comunidad (APOC).

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio cualitativo mediante grupos focales. *Ámbito del estudio:* Atención Primaria. Zona urbana. Bajo nivel socio-económico, con un 34% de inmigrantes. **Sujetos:** Población marroquí de 15 a 50 años. Tamaño: 54-80 personas.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo: Selección de los participantes mediante informadores clave.

Mediciones e intervenciones: Seleccionamos 4 segmentos de la población marroquí por edad y sexo: hombres de 15 a 25 años y de 26 a 50 años; mujeres de 15 a 25 años y de 26 a 50 años. Creamos dos grupos focales de cada segmento para conseguir el efecto de saturación de la información, obteniendo 8 grupos focales constituidos por 6 a 10 personas. Se sigue el guion preelaborado con la participación de los profesionales sanitarios y de los mediadores culturales. En las reuniones se trata sobre: generalidades, accesibilidad al centro, comunicación, satisfacción, aspectos socioculturales y económicos, y temas médicos. Antes de iniciar las entrevistas se realiza una prueba piloto.

Ánalisis estadístico: Estos grupos de discusión se graban en audio y posteriormente serán transcritos y analizados según la metodología cualitativa.

- Aplicabilidad.**
1. Conocer las principales inquietudes y expectativas de los inmigrantes de nuestra comunidad.
 2. Completar el estudio preliminar del proyecto APOC.
 3. Trabajar para la adecuación de los servicios, organizar su demanda, fomentar la educación sanitaria en función de sus expectativas y características culturales, establecer medidas de mejora continua de la calidad asistencial y establecer una línea de investigación en nuestro centro de salud.

P387 TEMOR A LA CAÍDA EN ANCIANOS

A. Barbado Márquez y O. Dougan Lobede

Torito. Madrid.
Correo electrónico: barbado74@hotmail.com

Objetivos: Analizar la relación entre temor a caerse y los factores socio-demográficos -funcionales en > 75 años que han sufrido caída.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ambito del estudio:* C.S Torito. Madrid. *Sujetos:* > 75 años con historia clínica en el EAP y registro en la misma de haber caído entre Enero 2003 y Febrero 2006

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. CI: >75 años, con historia clínica (omi)de haber sufrido una caída y registro de la misma. CE: fallecidos, desaparecidos, inmovilizados y desplazados > 3 meses.

Mediciones e intervenciones. Variables: Edad/ Sexo/ Vivir solo/ Cuidador/ Apoyo sociofamiliar/ barreras arquitectónicas/ Pluripatologías/ Fármacos/ Valoración geriátrica / Existencia de fractura / Hospitalización/ Inmovilización domiciliaria/ Depresión / Temor a caída y restricción de la actividad (SAFFE).

Ánalisis estadístico: Total 96 pacientes, 74 mujeres (77%), edad media: 83 años. Viven solos 20 (27%). Con cuidador habitual 50 (52%). No tienen apoyo familiar ni ayudas sociales 13 (13,5%). Presentan barreras arquitectónicas 75 pacientes (78%). Se encontró depresión leve o establecida en 60 (62%). Presentaron deterioro cognitivo importante el 3,1% de los pacientes y 35 personas (36,6%) muestran dependencia para 2 o mas AVD (Katz). La media de temor a caerse obtenido a través del SAFFE es de 1,7 (n = 96; IC 95% entre 1,5 y 1,9). Los ancianos con depresión leve o establecida obtienen una puntuación mayor en el SAFFE: media = 1,9 para D. leve, media = 2,1 para D. establecida y media = 1,2 No tienen depresión ($p < 0,05$). Los ancianos con deterioro cognitivo obtienen puntuación mayor en SAFFE: media = 2,44 sospecha de deterioro, media = 2,6 para deterioro cognitivo y media = 1,5 no presentan deterioro ($p < 0,01$).

Limitaciones: Seguimiento en espacio y tiempo al anciano.

Aplicabilidad. Un porcentaje elevado de ancianos que han sufrido caída tienen barreras arquitectónicas en donde viven. La media del temor a caerse obtenida con el test de SAFFE es elevada, existiendo una relación entre mayor temor a caerse y puntuaciones elevadas en los test de valoración geriátrica.

Aspectos Éticos-Legales. Mayor implicación de programas sociales

P388 EFECTIVIDAD DEL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON DEPRESIÓN EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

M. Fernández San Martín, H. Roig Carrera, O. Rebagliato Nadal, J. Artigas Guix, B. de Gispert Uriach y N. Turmo Tristán

Grupo de Trabajo de Depresión. EAP gòtic. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 37608bbv@comb.es

Objetivos. Las tareas asistenciales que realizan los profesionales sanitarios en los equipos de AP están en proceso de cambio. Diversos estudios comparan la actuación del médico y la enfermera frente al manejo de diferentes problemas de salud, con el fin de mejorar la calidad asistencial, disminuir las visitas a los profesionales médicos y favorecer el trabajo en equipo. Determinar la efectividad del seguimiento por parte de la enfermera del paciente con depresión, aplicando un protocolo específico, frente a la actuación del médico, en la reducción de los síntomas, la calidad de vida y la satisfacción del paciente con el profesional, a los seis meses.

Material y métodos. *Tipo de estudio:* Ensayo clínico aleatorio, pragmático, de seis meses de seguimiento. *Ambito del estudio:* 23 médicos y 23 enfermeras de 12 equipos de Atención Primaria. *Sujetos:* 271 pacientes con depresión en cada grupo, entre 25 y 70 años, con puntuación positiva al cribaje PRIME-MD y por encima de 20 en la escala Beck Depression Inventory (BDI). Criterios de exclusión: depresión grave (ingresos previos, ideación suicida, psicosis, historia psiquiátrica, etc), acontecimientos vitales estresantes recientes, residentes temporales, desconocimiento del idioma.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Reclutamiento sistemático de la consulta a demanda. Tamaño muestral calculado para valorar equivalencia en la mejoría de síntomas depresivos entre dos grupos. Puntuación media basal y desviación estándar del BDI en pacientes con depresión: $19,9 \pm 8,3$. Se asume que hasta una diferencia de 2,5 puntos entre un grupo y otro grupo supone igual efectividad. Error alfa = 0,05, error beta = 0,20, porcentaje de pérdidas del 15%: 271 personas por grupo. Asignación aleatoria a la consulta del médico de familia o de su enfermera.

Mediciones e intervenciones: Tratamiento farmacológico (fluoxetina u otros ISRS según protocolo) y citación para revisión a las dos semanas, al mes, a los dos y a los seis meses. Anamnesis en cada visita, se informará sobre la enfermedad y el tratamiento y se pautará tratamiento farmacológico según protocolo hasta alcanzar dosis terapéutica. Se reforzará el cumpli-

miento terapéutico. Si el paciente no mejora será derivado a su médico general.

Variables resultado principales: BDI, SF-12 y Cuestionario de Satisfacción de Baker, todos ellos autocumplimentables. Variables intermedias: utilización de servicios (visitas, derivaciones, interconsultas), adherencia al tratamiento, pronósticas (patologías crónicas, eventos estresantes en el seguimiento), socio-demográficas y características del profesional.

Ánalisis estadístico: Cálculo del intervalo de confianza al 95% de la diferencia entre grupos, para evaluar la hipótesis de equivalencia. Análisis de regresión múltiple para valorar la influencia de la intervención en las variables principales, ajustando por variables sociodemográficas y pronósticas.

Limitaciones: Imposibilidad de realizar un ensayo clínico ciego, pérdidas, grado de aceptación por parte de los profesionales sanitarios.

Aplicabilidad. Las tareas que puede asumir la enfermera en el equipo de AP es uno de los debates actuales en este nivel asistencial. El proyecto aportará evidencias sobre los resultados del seguimiento de la depresión por parte de la enfermera.

Aspectos éticos-legales. Aspectos éticos: El estudio ha sido evaluado favorablemente por el CEIC. Se pedirá a todos los participantes que firmen su consentimiento informado

P389 PREVALENCIA DE LA ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA Y VALOR PREDICTIVO DE SUS FORMAS SILENTES EN RELACIÓN A LA MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR. ESTUDIO MULTICÉNTRICO POBLACIONAL

M. Alzamora Sas, J. Ingla Mas, J. Alegre Basagaña, M. Viozquez Meya, B. López Rodríguez y D. Reina Rodríguez

Grupo de trabajo de arteriopatía periférica. ABS-4. Riu Nord-Riu Sud. Santa Coloma de Gramenet. Cataluña.

Correo electrónico: jalegre.bnmm.ics@gencat.net

Objetivos. Conocer la prevalencia de arteriopatía periférica en población general, su relación con morbimortalidad vascular y su significado clínico-pronóstico en relación al riesgo cardiovascular, mediante tablas REGICOR y Framingham.

Material y métodos. *Tipo de estudio:* Estudio observacional en dos fases. Fase I: transversal descriptivo de prevalencia de arteriopatía periférica. FaseII: analítico de cohortes para determinar la aparición de morbimortalidad vascular asociada. *Ambito del estudio:* Pacientes adscritos a 21 Centros de Salud de Atención Primaria de entorno urbano y semiurbano. *Sujetos:* Muestra aleatoria de 3010 personas de edad > 50 años.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios inclusión: edad >50 años y obtención de consentimiento informado. Criterios exclusión: pacientes institucionalizados o incapacitados, enfermedades en fase terminal, contraindicación para realización de la prueba ITB. En estudio de cohortes: dado que se quiere observar incidencia de eventos, se excluirán pacientes con cardiopatía isquémica, accidente isquémico transitorio, ictus y aneurisma de aorta abdominal. Muestreo: cálculo muestral que permita en el estudio de cohortes detectar un riesgo relativo mínimo clínicamente significativo y una correcta estimación de la prevalencia de arteriopatía periférica asintomática. Aceptando un riesgo alfa de 0,005 y beta de 0,20, necesitamos 301 sujetos en el grupo de arteriopatía periférica y 2709 en el de no arteriopatía periférica. Estimamos una tasa de pérdida de seguimiento del 10%.

Mediciones e intervenciones. *Mediciones:* En la Fase I la variable principal será la medición del ITB. En la Fase II las variables principales serán los eventos vasculares en forma de morbilidad (angina de pecho, infarto de miocardio, accidente isquémico transitorio, ictus, aneurisma sintomático de aorta abdominal) o mortalidad. *Intervenciones:* a) Estudio transversal: como criterio diagnóstico de arteriopatía periférica se utilizará el índice tobillo/brazo $\leq 0,9$ que se medirá mediante un Doppler portátil. El cálculo del riesgo cardiovascular se hará mediante tablas de REGICOR y Framingham. b) Estudio cohortes: los sujetos serán valorados cada 6 meses durante 3 años para evaluar la aparición de eventos durante el seguimiento: accidente isquémico transitorio, ictus, angina pecho, infarto miocardio, aneurisma abdominal sintomático y mortalidad vascular.

Ánalisis estadístico: Se realizará mediante el paquete estadístico SPSS.12 para Windows. Haremos análisis descriptivo en porcentajes de las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas. Medidas de frecuencia: prevalencia en la Fase I y inciden-

cia acumulada en Fase II. Determinaremos el valor predictivo positivo y negativo del ITB para el diagnóstico de morbilidad vascular en nuestro medio. Se usarán modelos multivariantes de regresión de Cox para comparar la probabilidad de padecer eventos en las tres cohortes. Se analizará el riesgo relativo (hazard ratio) y su intervalo de confianza del 95%.

Limitaciones: Variabilidad del ITB interobservador, tasa de no respuestas, perdidas de seguimiento, variabilidad recogida de información. Todas consideradas y solventadas en la elaboración del proyecto.

Aplicabilidad. Diagnosticar la arteriosclerosis asintomática a nivel de extremidades inferiores permitiría predecirla a nivel cerebrovascular cuando todavía es asintomática y así establecer estrategias preventivas desde Atención Primaria. Si demostramos que ITB detecta estadios precoces de la enfermedad cerebrovascular, dispondremos de una prueba que permita el cribaje de pacientes antes de realizar pruebas complejas. Si confirmamos que ITB tiene valor pronóstico superior al cálculo del riesgo cardiovascular con tablas aconsejaremos su uso.

Aspectos éticos-legales. Aprobación del Comité de Ética de la Fundación Gol i Gurina.

con quienes se contactará periódicamente para formación específica del personal implicado en intervenciones y coordinar derivaciones de pacientes al segundo nivel. El estudio durará 10 meses (captación los 4 primeros). Número de pacientes estimado a atender entre 130 y 150. Las consultas, valoración clínica, aplicación de cuestionarios, tratamientos y recogida de resultados correrán a cargo de los residentes de tercer año del CS.

Ánalisis estadístico: Se realizarán estudios descriptivos. Se valorarán costos del protocolo. Valoración de eficacia mediante T de Student para datos apareados. Se utilizará el paquete estadístico SPSS.

Limitaciones: El número de pacientes atendidas, limitado por cuestiones prácticas, y la ausencia de un grupo control.

Aplicabilidad. Mejorar calidad de atención a nuestras pacientes con IU, aumentando su calidad de vida y disminuyendo la variabilidad entre profesionales.

Valorar beneficios del proceso, factibilidad y rentabilidad.

Aspectos Éticos-Legales. Se presentará consentimiento informado por escrito. Se ofrecerá protocolo a todas aquellas pacientes que cumplan criterios.

P390 EFICACIA DE UN PROTOCOLO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO PARA LA MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA DE MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA QUE CONSULTAN A SU MÉDICO DE FAMILIA

F. Crespo Ramos, A. Nieto Fernández-Pacheco, I. Ayala Vigueras, M. López Navarro, J. Menárguez Puche y P. Alcántara Muñoz

Grupo de Incontinencia Urinaria de Molina de Segura. CS Molina - La Consolación. Molina de Segura. Murcia.

Correo electrónico: felixluis@telefonica.net

Objetivos. La incontinencia urinaria (IU) es una patología prevalente, infradiagnosticada y de gran impacto sobre calidad de vida. *Objetivo del estudio:* conocer impacto de un protocolo sobre calidad de vida de mujeres con IU.

Material y métodos. *Tipo de estudio:* Estudio prospectivo, de intervención, sin grupo control (cuasiexperimental). *Ámbito del estudio:* Cupos docentes en un Centro de Salud (CS). *Sujetos:* Pacientes del CS que cumplen criterios de inclusión.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión:

- Mujeres > 25 años que consulten con sintomatología de IU.
- Mujeres con diagnóstico previo de IU.
- Mujeres con factores de riesgo y screening validado positivo para detección de IU (International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form).

Criterios de exclusión:

- Varones.
- Mujeres menores de 25 años.
- Mujeres en seguimiento por IU en atención especializada.

Mediciones e intervenciones: Previa captación se citarán pacientes de forma programada. En primera cita (R1): evaluación clínica; confirmación diagnóstica mediante valoración clínica, evaluación de diario miccional y medición de volumen residual. Se catalogará tipo de IU mediante dos cuestionarios validados de diagnóstico etiológico (IU-4 y el de Vila Coll et al). Se descartarán causas secundarias (mediante anamnesis, exploración, analítica básica y urocultivo). Se valorará gravedad de síntomas con la Escala de Sancick y preguntando sobre intención de cirugía. En (R2) se valorarán resultados de R1 y se programará uno de los tratamientos basados en la evidencia, siguiendo directrices de guía de IU de la SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2006): para IU de urgencia intervenciones conductuales de reeducación vesical y/o fármacos antimuscarínicos (Tolterodina=4mg/día). En IU de esfuerzo, ejercicios musculares de suelo pélvico con y sin feedback (mediante perineómetro). Se ofertarán sesiones grupales y/o individualizadas de 20 minutos semanales (12-16 semanas). Se valorará uso de Duloxetina = 60 mg/día en pacientes con comorbilidad de patologías con indicación aprobada (depresión y fibromialgia). En R2 se valorarán síntomas y calidad de vida mediante el King's Health Questionnaire (validado por MJ. Mondroño Freire, 2004) y el Incontinence Impact Questionnaire (validado por X. Bedia Llach et al, 2000), y nivel de salud general mediante Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28). Se repetirán valoraciones postintervención de pacientes a 3 (R3) y 6 meses (R4). Se realizará estudio en CS, con apoyo de fisioterapeutas del centro y colaboración de especialistas en Rehabilitación, Ginecología y Urología,