

# SESIÓN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Viernes, 9 de noviembre

## Sesión 21

12.00-13.00 h

## Proyectos de investigación (I)

### P214 SÍNDROME METABÓLICO Y SOBRECARGA BIOQUÍMICA DE HIERRO: ANÁLISIS PROSPECTIVO Y EVALUACIÓN TERAPÉUTICA EN UNA POBLACIÓN FENO Y GENOTÍPICAMENTE CARACTERIZADA

M. Pérez Lucena, J. Félez Brugués, N. Freixenet Guitart, M. Rosell Murphy, C. Cabistañ Arbiol C y M. Moreno Rosell

ABS Canaletes-ABS Serrapera. Cerdanyola del Vallès. Cataluña.  
Correo electrónico: 31741mpl@comb.es

**Objetivos.** Analizar de manera prospectiva, la relación entre Síndrome Metabólico (SM) y Sobrecarga Bioquímica de Hierro (SBH), en un grupo de pacientes son SBH pero sin Hemocromatosis Hereditaria (HH), durante un período inicial de 2 años Valorar el efecto de la intervención terapéutica (farmacológica y no farmacológica) sobre la evolución del SM y de la SBH.

**Tipo de estudio.** Estudio prospectivo de cohortes emparejadas.

**Ámbito del estudio.** Dos centros de salud de Atención Primaria (área urbana).

**Sujetos.** Individuos de más de 18 años que acudían de forma consecutiva y por cualquier motivo a dichos centros.

**Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.** Cohorte emparejada de casos. (n = 200). La cohorte emparejada de controles (n = 200) se han identificado a partir del grupo de 1875 individuos protocolizados a los que no se encontró una SBH en el proceso de escrutinio de HH, y se aparearon por edad ( $\pm 1$  año) y sexo con los casos.

**Mediciones e intervenciones.** Datos de anamnesis y exploración física. Análisis de sangre en ayunas: Hemograma y bioquímica, VSG, ferritina, IST, TSH, PSA, AFP, CEA, serología VHB, VHC y VIH Muestras de suero (congeladas a  $-80$  C) para determinar IL-6, sTNFR2, PCR, insulina (para la valoración de la RI mediante el índice HOMA-R [32]) y prohepcidina Muestras para extraer DNA (estudio genético de HH) Ecografía hepática En los pacientes con SM, dislipemia, diabetes y/o hipertensión arterial, se procederá a una intervención tipo, con medidas no farmacológicas y de tipo farmacológico, según los criterios establecidos en las guías de actuación del ICS.

**Análisis estadístico.** Las variables que no sigan una distribución normal se transformarán logarítmicamente para los cálculos estadísticos. Inicialmente, para comparar los dos grupos se utilizarán la t de Student para variables cuantitativas, y el test de  $\chi^2$  para comparar proporciones. Las correlaciones entre variables cuantitativas se analizarán mediante el modelo de regresión lineal, realizando ajustes para controlar la presencia de posibles factores de confusión. Además se utilizarán modelos de regresión logística condicional para estudiar el efecto de posibles factores de confusión.

**Limitaciones.** La mayor limitación del estudio deriva de su corto periodo de seguimiento. Un aspecto a veces discutible en los estudios de cohortes emparejadas es la selección de la cohorte de control, ya que a menudo se suele incurrir en un sesgo de selección que puede modificar notablemente los resultados obtenidos. En nuestro estudio este sesgo es muy poco probable, ya que los controles se obtienen a partir de los individuos que

participaron en el mismo programa de escrutinio de HH en el que se detectaron los casos.

**Aplicabilidad.** Hemos detectado una asociación entre la población afectada de SM y SBH en una población genotipada en la que se ha descartado una HH. La repercusión del SM sobre el riesgo cardiovascular de los individuos que lo presentan obliga a una intervención terapéutica. Lo interesante de este proyecto será determinar como la intervención terapéutica puede modificar el fenotipo del SM en función del tiempo, incluyendo parámetros biológicos hasta ahora no valorados prospectivamente.

**Aspectos éticos-legales.** Tanto a los casos como a los controles se les solicitará su consentimiento informado para participar en el presente estudio.

### P215 IDENTIFICACIÓN DE POSIBLES ÁREAS DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS SANITARIOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA MEDIANTE EL ESTUDIO DE LAS HOSPITALIZACIONES POR AMBULATORY CARE SENSITIVE CONDITIONS (ACSC) 1997-2006

S. Villanueva, A. Málaga, A. Escuder y R. González

Hospital Francesc de Borja. Gandía. Valencia. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: villanueva\_sil@gva.es

**Objetivos.** Identificación de posibles áreas de mejora en la calidad asistencial en los centros sanitarios de la Comunidad Valenciana mediante el análisis de las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions en los diferentes hospitales públicos de la Comunidad Valenciana para el periodo 1997-2006, indicador útil para la evaluación indirecta de la efectividad de la Atención Primaria de Salud, a la vez que identifica la actividad hospitalaria potencialmente evitable.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo, observacional, transversal, a partir de la base de datos del Conjunto Mínimo de Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD), con los datos de las altas hospitalarias de la Comunidad Valenciana para el periodo 1997-2006.

**Ámbito del estudio.** Hospitales de la red pública de la Comunidad Valenciana.

**Sujetos.** Altas hospitalarias en los hospitales de la red pública de la Comunidad Valenciana por Ambulatory Care Sensitive Conditions durante el periodo 1997-2006.

**Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.** Todas las altas registradas en el CMBD para el periodo de estudio con diagnóstico CIE 9.

**Mediciones e intervenciones.** Frecuencia de las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions por Departamento de Salud y para la Comunidad Valenciana para el periodo de estudio. Tasas de hospitalización por 10000 habitantes/año por Ambulatory Care Sensitive Conditions por Departamento de Salud y para la Comunidad Valenciana, para el periodo de estudio. Razón de Hospitalización Estandarizada para establecer las diferencias de hospitalización entre los diferentes Departamentos de Salud dentro de la Comunidad Valenciana y entre la Comunidad Valenciana y Comunidad de Cataluña para el periodo de estudio.

**Análisis estadístico.** Los datos de las altas se obtendrán del CMBD de la Comunidad Valenciana El análisis de los datos de realizará con el programa informático SPSS versión 14.0 y con la aplicación CLINOS CAL para el cálculo de los GRD's. Se calcularán las tasas de hospitalización por ACSC para cada departamento de Salud y la razón de hospitalización estandarizada, se analizarán las variables demográficas de las hospitalizaciones por ACSC. Se obtendrá el coste de los GRD's de las hospitalizaciones por ACSC del Servicio de Análisis de Costes y Facturación, para el análisis de los mismos.

**Limitaciones.** La interpretación de las diferencias encontradas en la frecuencia de las altas por ACSC en los diferentes departamentos de salud de la Comunidad Valenciana puede deberse a múltiples factores, socioeconómicos, demográficos, debidos a la organización de la Atención Primaria, a la dispersión geográfica de la población y a la calidad de la atención. Se trata pues de un indicador complejo por lo que las conclusiones deben analizarse con precaución.

**Aplicabilidad.** Constituyen un indicador indirecto de la capacidad de resolución de la Atención Primaria de Salud y directo del volumen de actividad hospitalaria potencialmente prevenible mediante cuidados oportunos y efectivos en el primer nivel asistencial. El uso de este indicador se basa en que una reducción de las hospitalizaciones potencialmente evitables mejoraría la calidad asistencial y los costes del sistema sanitario para la población.

**Aspectos éticos-legales.** No se vulnera ningún aspecto ético o legal.

## P216 EVOLUCIÓN DEL BURNOUT EN LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Á. Matía Cubillo, J. Cordero Guevara, J. Mediavilla Bravo, M. Pereda Riguera, M. González Castro y A. González Sanz

CS Pampliega, CS Las Torres, Gerencia Atención Primaria Burgos. Burgos. Castilla y León.

Correo electrónico: angelcmatia@gmail.com

**Objetivos.** Analizar la evolución de las tasas de burnout de los médicos de Atención Primaria (AP). Estudiar las variables asociadas con el desgaste profesional en los médicos de AP. Elaborar un modelo explicativo del burnout en los médicos de AP.

**Tipo de estudio.** Estudio longitudinal de cohorte. Se inició en el año 2005 siendo transversal en esta primera fase, recogiendo datos cada dos años.

**Ámbito del estudio.** Área de Salud que abarca toda la provincia, comprende 22 Centros de Salud rurales y 13 urbanos, integrada por 325 médicos de Familia en Atención Primaria.

**Sujetos.** Todos los médicos de Familia que trabajan en Atención Primaria.

**Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.** Se excluyeron los médicos que realizan Pediatría, que trabajan en los Servicios de Urgencia y Residentes por tener un perfil de trabajo distinto.

**Mediciones e intervenciones.** Cuestionario anónimo autoadministrado remitido por correo interno, incluye una carta de presentación y un sobre para su ulterior envío; contactando previamente con el Coordinador de cada Centro vía telefónica, con un recordatorio al mes. El cuestionario incluye: Maslach Burnout Inventory (MBI): que valora el desgaste profesional en tres dimensiones: Cansancio emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización personal (RP), y Variables independientes: sociodemográficas, red social, hábitos de vida, formación, características laborales, y de comunicación interna.

**Análisis estadístico.** Comparación de las características de los médicos que responden a la encuesta con la población de médicos de AP del Área. Análisis descriptivo de los datos, con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas. Comparación de porcentajes mediante el test de  $\chi^2$  y de medias con la t de Student. Análisis de regresión logística para valorar la relación de las variables que en el análisis bivalente sean significativas con el burnout. Se calculará la tasa de incidencia de burnout. Nivel de significación a utilizar  $p < 0,05$ .

**Limitaciones.** Podría ser el porcentaje de respuesta; aunque en el primer corte (51,38%) fue similar a otros estudios del ámbito de AP realizados con la misma metodología, sin diferencias significativas en las características de los médicos que respondieron con la población de referencia. Habrá que estudiar la similitud existente entre esta población y a nivel autonómico o nacional para establecer inferencias. Abierto a la colaboración para la realización de un estudio multicéntrico. Cabe reflexionar que el método empleado para la realización de los cuestionarios puede incrementar la tasa de respuesta mediante la presencia de un colaborador por centro o la encuesta directa con entrevista como planteamiento para futuros trabajos.

**Aplicabilidad.** Será el primer estudio prospectivo en este ámbito en España. Permitirá conocer la situación de desgaste profesional entre los médicos de Atención Primaria, su evolución y con que variables se relaciona; el seguimiento de estos profesionales permitirá monitorizar y detectar la aparición de posibles factores relacionados con el burnout, lo que podría

facilitar la toma de medidas para evitar el desencuentro entre las expectativas de los médicos de AP y la realidad sanitaria actual.

**Aspectos éticos-legales.** Cuestionario anónimo en el que se garantiza la confidencialidad de los datos.

## P217 EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN DE LA ESPECIALIDAD MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

M. Moreno García, S. Rodríguez Priego, T. Martínez Cañavate, S. Fernández Albarra, P. Carrión Maroto y C. Borrego Aparicio

Unidad Docente de MFyC Granada. Granada. Andalucía.

Correo electrónico: manuelmoreno1980@hotmail.com

**Objetivos.** 1- Evaluar grado de cumplimiento de objetivos de prioridad I del programa docente de la especialidad de MFyC en nuestra Unidad Docente (2006-2009). 2.- Conocer el grado de satisfacción y opiniones de los residentes, respecto al programa formativo: -Rotaciones -Guardias -Actividades Docentes. 3- Comparar grado de cumplimiento de objetivos docentes y satisfacción entre el programa de la especialidad vigente hasta 2004 y el nuevo programa docente implantado en 2005.

**Tipo de estudio.** Estudio Longitudinal con 2 cortes transversales. —Primer corte transversal: 1-Cumplimiento de objetivos prioridad I: A) Cuestionario autoadministrado, B) R3 2006-07. 2-Satisfacción con el programa docente: A) Grupos focales B) R3 2006-07. —Segundo corte transversal: igual método a R4 del nuevo programa (2008-09).

**Ámbito del estudio.** Entorno de nuestra Unidad Docente de MFyC, extensible al resto de Unidades Docentes.

**Sujetos.** Población: MIR en su último año del proceso formativo de nuestra Unidad Docente para los años 2006-07 (últimos R3) y 2008-09 (primeros R4).

**Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.** La población descrita en sujetos.

**Mediciones e intervenciones.** Variables: -Universales: sexo, edad, año de finalización de la Licenciatura, experiencia profesional previa, otra especialidad previa; -Contenidos formativos del área docente de diferentes competencias; -Esenciales: relacionadas con la atención al individuo, relacionadas con la familia, relacionadas con la Comunidad, relacionadas con la formación, docencia y la investigación.

**Análisis estadístico.** 1.- Análisis descriptivo de las variables estudiadas. 2.- Análisis bivalente: test comparación de proporciones (Chi-cuadrado). Variables cualitativas ordinales (prueba de Kruskal Wallis). 3.- Análisis Descriptivo de las no respuestas y/o pérdidas de seguimiento y evaluación de su impacto potencial. 4.- Análisis textual de los grupos focales: transcripción del texto del grupo, identificación de categorías de análisis, análisis de contenido de categorías. Modelo de análisis por triangulación.

**Limitaciones.** -Los MIR no han finalizado el proceso formativo. -Se han seleccionado contenidos del programa, acordados con unidad docente, y considerados imprescindibles para ser MF. -Número limitado de opciones de respuestas, solventado por la categoría "Otros". -Voluntariedad. -Guardias cercanas- Sesgo de Deseabilidad Social.

**Aplicabilidad.** Aplicable en el entorno de nuestra Unidad Docente de MFyC, así como extensible al resto de Unidades Docentes. Aplicable en estos momentos por la implantación del nuevo programa docente y el nuevo método de evaluación: Portafolio.

**Aspectos éticos-legales.** No comporta ningún problema ético ni legal.

## P218 ESTUDIO DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y DE OCIO EN MAYORES DE 65 AÑOS

J. Del Río Madrazo y A. Pérez Martín

Centro de Salud Centro Santander. Centro de Salud Los Valles. Santander. Cantabria.

Correo electrónico: alvaroperezma@yahoo.es

**Objetivos.** Analizar el riesgo de sufrir accidentes de la población general de más de 65 años Estudiar las características de la población de más riesgo de sufrir accidentes dentro de los resultados obtenidos Comparar las diferentes poblaciones urbanas y rurales estudiadas entre sí, buscando similitudes y diferencias entre ellas Determinar posibles actuaciones preventivas a tomar, con el objetivo de mejorar el conocimiento general y específico de estos accidentes en Atención Primaria, con el fin de obtener información básica para un programa de intervención en la comunidad, para prevenir.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo prospectivo del riesgo de sufrir un accidente la población general.

**Ámbito del estudio.** 1 Centro de Salud Centro de ámbito urbano y 1 Centro de Salud de ámbito rural.

**Sujetos.** Todos los pacientes con edad superior a 65 años, de ambos sexos y con tarjeta sanitaria en dichos centros.

**Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.** Criterios inclusión: todos los pacientes del centro de salud Criterios exclusión: no se contemplaron Muestreo aleatorio simple representativo de los siguientes grupos de edades 65- 69, 70- 74, 75 y más años, de ambos sexos y con tarjeta sanitaria en dichos centros. Se realizará en el centro de salud, domicilio o por teléfono.

**Mediciones e intervenciones.** Aplicar un cuestionario, tomando como base el utilizado por el Sistema E.H.L.A.S.S. y el de caídas en el anciano de la O.M.S. En el que figurará las siguientes variables: Fecha y hora del accidente, Tratamiento recibido, Edad, Sexo, Mecánica, Lugar, Iluminación del lugar, Condiciones meteorológicas si fue en el exterior, Actividad realizada al suceder el accidente, Diagnóstico de lesiones, Parte del cuerpo afectada, Producto implicado en el accidente, Producto causante, Si estaba afectado anteriormente por otra enfermedad o incapacidad, Fármacos que tomaba en el momento del accidente, Otros factores predisponentes (Si vive solo o acompañado, En domicilio particular o instituciones). Estado mental, Alimentación, Higiene, Movilización, Nivel de estudios, Nivel de ingresos económicos, Situación laboral. Se realizará un pretest con un grupo entre 30 y 50 personas.

**Análisis estadístico.** Para variables cuantitativas se ha usado la media y la desviación típica, para variables cualitativas porcentajes. Para comparar variables cualitativas dicotómicas chi-cuadrado y cualitativa con cuantitativa la t-Student.

**Limitaciones.** No se contemplan.

**Aplicabilidad.** Realización posterior de un programa de intervención en la comunidad, para prevenir el riesgo de accidentes en población general y de riesgo. El presente proyecto se puede extender a otros centros rurales y urbanos de la comunidad autónoma así como nacionales. No requiere financiación suplementaria para su realización.

**Aspectos éticos-legales.** A lo largo de todo el estudio se respetarán los siguientes principios éticos: 1. Garantía del anonimato en la información suministrada por el paciente. 2. Restricción de los datos suministrados, en exclusividad, a la investigación propuesta. 3. Los objetivos del estudio suponen, presumiblemente, un avance en el conocimiento médico sobre el estado de salud.

## P219 FACTORES ASOCIADOS AL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN EL PACIENTE POLIMEDICADO

E. Jiménez Mejías, M. Agrela Cardona, R. Rodríguez Avellaneda y E. García Ureña

La Chana y Cartuja. Granada. Andalucía.

Correo electrónico: eladiojm76@hotmail.com

**Objetivos.** 1. Determinar la prevalencia del incumplimiento terapéutico en la población de estudio. 2. Diseño de un cuestionario para conocer los factores más importantes asociados al incumplimiento. 3. Comprobar la validez y fiabilidad de cuestionario sobre los factores de no adhesión al tratamiento. 4. Valorar las medidas de control sobre la correcta toma de fármacos en pacientes polimedicados que se están llevando a cabo en los Centros de Salud objeto de este estudio, si las hubiere.

**Tipo de estudio.** Estudio Observacional Descriptivo de Corte o Prevalencia.

**Ámbito del estudio.** Atención Primaria. Centros de Salud Universitarios.

**Sujetos.** Pacientes con 65 años o más, con al menos dos de las siguientes patologías: DM, HTA, cardiopatía isquémica (CI) o EPOC, que consumen cinco o más fármacos, al menos tres de ellos de forma habitual. Seleccionaremos nuestra muestra, de entre los pacientes que acuden a 4 UAF; dos en cada uno de los centros.

**Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.** Criterios de inclusión: los aportados en la definición de la población de estudio.(sujetos). Criterios de exclusión: incapacidad para contestar el cuestionario y acudir a consultas programadas para crónicos, pues entendemos que estos pacientes en general, pueden tener un mayor grado de adherencia al tratamiento. Muestreo no probabilístico de tipo consecutivo, de los pacientes que acuden a consulta a demanda, (50% de la muestra) o retiran del buzón sus prescripciones de largo tratamiento (otro 50%).

**Mediciones e intervenciones.** La recogida de datos: combinación de métodos indirectos: tests de Comunicación del autocumplimiento (CA): de Haynes-Sackett, y cuestionario de Morisky-Green, combinado con el recuento de comprimidos en los cumplidores. En los pacientes no cumplidores y en los cumplidores en los que el recuento de comprimidos detecte errores, se pasará un cuestionario para valorar los factores asociados a la no adhesión.

**Análisis estadístico.** Análisis: bivalente de variables, análisis multivariante tipo regresión logística, de las significativas y cálculo de la odds ratio asociada al factor de estudio y ajustada al resto de variables independientes. Finalmente Comprobación de la validez, fiabilidad, sensibilidad y viabilidad, del cuestionario que se pretende validar según los procedimientos establecidos para ello.

**Limitaciones.** -Captación de los pacientes. -Cuestionario relativamente breve y comprensible por el paciente. -Entrenamiento de los encuestadores. -Acceso a su domicilio y a la medicación. -Recuento de comprimidos.

**Aplicabilidad.** Elevada frecuencia y repercusión del incumplimiento en la evolución de las patologías crónicas, el gasto sanitario y la relación paciente-personal sanitario. Posibilidad de poner en marcha o reforzar las medidas para controlar el incumplimiento, en la población de estudio. La validación de un cuestionario posibilita comparar resultados de diferentes estudios en los que se emplee.

**Aspectos éticos-legales.** Información detallada de fines a los pacientes. Se solicitará el consentimiento informado a todos los pacientes que participen en nuestro estudio.

## P220 ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL BASADA EN EL COUNSELLING PARA REDUCIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN ATENDIDA EN CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (PROYECTO RCV-AP)

L. Pérula de Torres, J. González Lama, J. Fernández García, J. Prados Castillejo, J. Arbonies y J. Ruiz Moral

Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba. Córdoba. Andalucía.

Correo electrónico: langel.perula.sspa@juntadeandalucia.es

**Objetivos.** Evaluar la eficacia de una intervención preventiva integral multifactorial, basada en el Consejo Educativo (Counselling), frente a un Consejo Breve, para la reducción del Riesgo Cardiovascular (RCV), en pacientes atendidos en consultas de Atención Primaria.

**Tipo de estudio.** Ensayo clínico controlado, aleatorizado, de dos brazos paralelos, abierto, multicéntrico.

**Ámbito del estudio.** 21 Centros de Salud.

**Sujetos.** 436 pacientes (218 por grupo, para detectar una diferencia de al menos un 10% de reducción del RCV). Se prevé que participen entre 20-25 médicos, reclutando entre 17-22 pacientes/médico.

**Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.** Criterios de inclusión: -Pacientes de ambos sexos de 18 a 75 años de edad. -RCV alto, según la Guía Europea de Prevención Cardiovascular (2004). -Consentimiento informado del sujeto. Criterios de exclusión: -Pacientes sin FRCV (-bajo RCV-): no presentan problemas de tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia o diabetes, o con RCV < 5%. -Enfermedad coronaria, enfermedad arterial periférica o enfermedad cerebrovascular arterosclerótica. -EPOC u otros procesos crónicos relacionados con los FRCV. -Patología psiquiátrica o consumo de sustancias adictivas. -Enfermedad grave o con una baja laboral prolongada. -Mujeres embarazadas o en período de lactancia. -Otras patologías severas o alteraciones analíticas. Muestreo: consecutivo. **Mediciones e intervenciones.** Se aleatorizarán los médicos participantes para realizar con los pacientes una intervención basada en el Consejo Educativo (Counselling-Entrevista Motivacional, Estudios de Prochaska y DiClemente) (GE) o en un Consejo Breve (Intervención básica informativa) (GC). Se hará un seguimiento de 18 meses con una valoración a los 0, 4, 8, 12 y 18 meses tras el reclutamiento.

**Análisis estadístico.** End-point principal: Reducción del RCV. Como resultados específicos se determinará la reducción del tabaquismo, de las cifras de colesterolemia, de presión arterial, el incremento de la actividad física, la reducción de peso en pacientes obesos, la mejora de la dieta, cumplimiento de la medicación prescrita para la HTA y/o dislipemia, la autopercepción de salud y la calidad de vida relacionada con la salud. Análisis por protocolo y por ITT. Comparabilidad inicial de los grupos.

Estadística descriptiva e inferencial (ANOVA para medidas repetidas, Regresión lineal múltiple o Regresión logística; medidas de magnitud y de impacto: RR, RA, NNT; IC95%;  $p < 0,05$ ).

**Limitaciones.** La principal limitación reside en su carácter abierto, pero no es posible enmascarar las intervenciones. El período de estudio será de 18 meses y puede que éste sea un tiempo corto para poder observar resultados clínicamente relevantes en determinados FRCV. Sin embargo, el estudio está diseñado para poner de manifiesto la reducción global del RCV.

**Aplicabilidad.** Las técnicas de entrevista clínica y de educación sanitaria constituyen la "tecnología" fundamental que ha de manejar el médico de familia con sus pacientes. Poder llegar a demostrar que el Counselling constituye una herramienta más eficaz que un Consejo breve para reducir el RCV puede tener una gran relevancia de cara a postular o no dicho abordaje entre los médicos de familia.

**Aspectos éticos-legales.** Se solicitará el consentimiento informado por escrito. Se asumen los requisitos legales aplicables y las directrices de Buena Práctica Clínica de la ICH, así como los de la Declaración de Helsinki. Este proyecto ha sido aprobado por un Comité de Ética de Investigación Clínica.

## P221 INFLUENCIA DEL ENTRENAMIENTO PERIÓDICO EN LA TÉCNICA INHALATORIA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON EPOC

A. Maldonado Barrionuevo, M. López-Sidro López, J. Bermúdez Merino y S. Pendón Fernández

Centros de Salud de Nerja y Torre del Mar. Distrito Sanitario Axarquía. Málaga. Andalucía.

Correo electrónico: megasalva@hotmail.com

**Objetivos.** Demostrar la mejoría en la calidad de vida de los pacientes con EPOC que reciben entrenamiento periódico de la técnica inhalatoria.

**Tipo de estudio.** Se trata de un Ensayo Clínico Aleatorio, pragmático. Se estudiará el impacto de una intervención educativa. A lo largo de 6 meses, se seguirán a 92 pacientes divididos en dos grupos aleatorizados, uno de ellos recibirá la práctica clínica habitual, y el otro recibirá educación en el uso de inhaladores de forma mensual.

**Ámbito del estudio.** 92 pacientes con EPOC pertenecientes a centros de salud de municipios costeros.

**Sujetos.** Pacientes diagnosticados de EPOC en los dos años previos al estudio mediante espirometría forzada ( $FEV_1/FVC < 70\%$ ).

**Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.** -Inclusión: Pacientes diagnosticados de EPOC en los dos años previos al estudio mediante espirometría forzada. Terapia inhalada mediante cualquiera de los dispositivos existentes. Situación clínica estable. Consentimiento informado. -Exclusión: Pacientes con deterioro cognitivo severo. Pacientes que no residan de forma permanente en las zonas indicadas. Reagudización el mes previo al inicio del estudio. Pacientes en tratamiento con oxigenoterapia domiciliar. Pacientes dependientes para las actividades básicas de la vida diaria. Pacientes que no tengan al menos una Prueba de Función respiratoria realizada en los últimos 3 años. Enfermedad sistémica mal controlada.

**Mediciones e intervenciones.** Realización a lo largo de seis meses de un entrenamiento periódico en la técnica inhalatoria a los sujetos pertenecientes al grupo tratamiento. Se realizará una intervención mensual coincidiendo con la visita del paciente al centro de salud. Se pide al paciente que realice una inhalación con un dispositivo placebo. Se compara la secuencia realizada con la correcta y se registran los errores cometidos por el paciente. A continuación el educador indica verbalmente las instrucciones para una inhalación correcta y realiza una demostración con la secuencia adecuada. Al inicio y al final del estudio, se medirá la calidad de vida de los pacientes según el cuestionario Respiratorio de St George.

**Análisis estadístico.** Se realizará el procesamiento y estudio de los datos creando una base de datos mediante el programa SPSS. Para la comparación de medias del objetivo del estudio (comparación de la puntuación SGRQ), se realizará una comparación de los dos grupos estudiados mediante el test de la t-Student Fischer para datos apareados.

**Limitaciones.** Necesidad de colaboración de los médicos que forman parte del EBAP. Necesidad de que los pacientes acudan al menos una vez al mes al Centro de salud. Se hará coincidiendo con la visita del paciente para recoger las recetas que normalmente necesitan.

**Aplicabilidad.** El paciente EPOC es un usuario frecuente de la consulta de AP, y en muchas ocasiones acude por temas diversos, siendo la práctica clínica habitual que no se realice de forma periódica y sistemática un entrenamiento en el uso de inhaladores en estos pacientes, una técnica

sencilla y de bajo coste. Creemos que si se demuestra la hipótesis planteada, implicaría cambios en la forma de plantear las visitas rutinarias de los pacientes EPOC a la consulta de AP.

**Aspectos éticos-legales.** Al tratarse de un ECA, se presentará una solicitud para llevar a cabo este estudio en el comité de ética del Distrito sanitario.

## P222 UTILIDAD DE LA ESPIROMETRÍA PARA EL ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO

M. Rodríguez Álvarez, M. Marina Ortega, M. Jiménez González, M. Ollé Borqué, C. Forcada Vega y G. Espitab

ABS Canet de Mar y Centros de AP del Maresme. Canet de Mar. Cataluña. Correo electrónico: victoria.marina@gmail.com

**Objetivos.** Principal: Evaluar la utilidad de la espirometría en el ámbito de la atención primaria (AP) para el abandono del hábito tabáquico. Secundarios: a) Determinar las variables que influyen en la eficacia de la espirometría para la disminución del tabaquismo. b) Valorar la eficacia de la espirometría en la detección de obstrucción precoz de las vías aéreas. c) Conocer la prevalencia de EPOC en pacientes asintomáticos.

**Tipo de estudio.** Intervención/grupo control/aleatorio/multicéntrico.

**Ámbito del estudio.** Población atendida en AP.

**Sujetos.** Pacientes fumadores. Se aleatorizarán dos grupos: uno recibirá consejo antitabáquico aislado y otro consejo antitabáquico + espirometría.

**Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.** Inclusión: fumadores > 18 años. Exclusión: 1.-Pacientes con diagnóstico EPOC 2.-Pacientes con proceso crónico que altere la espirometría. 3.-Negativa del paciente. Muestra: para el cálculo de la n partimos de los datos conocidos acerca del % de fumadores que abandonan el hábito tabáquico tras el consejo antitabáquico. Aceptando un riesgo alfa = 0,05 y un riesgo beta = 0,20 se precisan 110 sujetos en grupo de intervención y 100 sujetos en el grupo de control, para detectar un RR = 4, si % abandono del hábito en el grupo es 5%, estimando unas pérdidas del 20%.

**Mediciones e intervenciones.** Variables: exfumador (sí/no, exfumador = persona que lleve 1 año o más sin fumar) abandono del tabaquismo, (en semanas y se considerará abandono si no ha fumado en más de 1 semana), número paquetes/año, años de fumador, edad inicio, puntuación test de dependencia y motivación, variables socioeconómicas, datos espirométricos y síntomas. La variable abandono del tabaquismo se medirá según la respuesta a las preguntas: ¿ha fumado en alguna ocasión en el último año? y ¿cuánto tiempo ha estado sin fumar?, considerando positiva el consumo de 1 cigarrillo. En el caso de los controles (a los 3, 6, 18 y 34 meses) la pregunta se relacionará a ese periodo. Se realizará control de calidad mediante test de CO (abandono  $\geq 10$  ppm) La información se recogerá en la primera entrevista mediante cuestionario administrado y en los controles por teléfono. La espirometría se realizará según normativa SEPAR. Se dispone de espirómetro en las áreas básicas participantes. Para diagnóstico de sintomatología se utilizarán las respuestas al cuestionario CECA, utilizadas en el estudio IBERPOC. Para el control de calidad se realizará al inicio del estudio una prueba de concordancia entre el personal que realizará la espirometría. Un observador independiente revisará las espirometrías realizadas en un % no menor de 20%.

**Análisis estadístico.** Descriptivo (medias, desviación estándar, porcentajes). Análisis bivariable ( $\chi^2$ , anova...).

**Limitaciones.** Las limitaciones corresponden a la tasa de participación y a la validez y fiabilidad de la información recogida. Se precisa personal de enfermería entrenado en la realización de espirometrías. Se precisa la adquisición del test del aliento de CO.

**Aplicabilidad.** La espirometría es una prueba de fácil acceso desde AP, disponiendo de un espirómetro en todos los centros.

**Aspectos éticos-legales.** Se pedirá consentimiento informado a los participantes en el estudio proporcionándoles la información necesaria y explicándoles la finalidad del estudio. El estudio se presentará al comité ético correspondiente.

## P223 CONOCER LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA CIUDAD

M. Barroso Pérez, E. Cubo Delgado y J. Cordero Guevara

Unidad Docente de Burgos. Hospital General Yagüe. Burgos. Castilla y León. Correo electrónico: teresabarrosoperez@hotmail.com

**Objetivos.** Conocer la prevalencia del síndrome de piernas inquietas (SPI) en la población adulta de la ciudad. Analizar la diferencia entre síndrome

de piernas inquietas idiopático y secundario a otras situaciones asociadas. Estimar el impacto del SPI en áreas relacionadas con el sueño y la calidad de vida relacionada con la salud.

*Tipo de estudio.* Poblacional, descriptivo, transversal. Con casos y controles. *Ámbito del estudio.* Atención primaria.

*Sujetos.* Universo corresponde a la población adulta de la ciudad: 152.400 personas  $\geq 18$  años, (9/3/2007). Prevalencia = 10%. Nivel de confianza: 95%. Precisión: 3%.  $n = 384$ . Previendo pérdidas del 70% la muestra será  $n = 1280$ , elegida por muestreo estratificado por edad y sexo a partir de la tarjeta de Sacyl.

*Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.* Inclusión: población adulta  $\geq 18$  años. Exclusión: individuos con deterioro cognitivo severo según criterios DSM-IV.

*Mediciones e intervenciones.* 1ª fase: A) Conformidad del Comité Ético. B) Cribado mediante encuesta telefónica. 2ª fase: C) Certificación diagnóstica: Entrevista cara a cara. D) Consentimiento informado del caso SPI. E) Consentimiento informado del control. F) Anamnesis del paciente. G) Exploración neurológica. H) Impacto del SPI. I) Análisis de sangre. *Medidas.* Escalas validadas: -Cuestionario de piernas inquietas. -Somnolencia diurna: escala de Epworth. -Interrupción del sueño nocturno: escala de sueño MOS. -Calidad de vida: EuroQoL. -Calidad de vida del SPI: RLSQoL. -Subescala de ansiedad y depresión de Goldberg. -Escala de evaluación del SPI. -Análisis de la población. 1º Descripción: -De población. -Prevalencia del SPI. 2º Comparación: -Áreas relacionadas con el sueño y calidad de vida de los casos y controles. -Afectados de SPI primario versus secundario. 3º Asociación de SPI y: -Calidad de vida y salud. -Sueño: si el insomnio se asocia con mayor severidad de síntomas. -Ansiedad y depresión. 4º Regresión: -Analizar variables para establecer un modelo predictivo de gravedad de enfermedad: Insomnio, depresión, edad, sexo, familiar versus esporádico, primario versus secundario.

*Análisis estadístico.* Análisis descriptivo de variables cuantitativas y categóricas de la muestra estudiada. Se estudiará la prevalencia e intervalos de confianza del 95%. Se usarán test paramétricos y no paramétricos. El nivel de significación será,  $p < 0,05$ . La comparación de las distribuciones de las variables categóricas se establecerá por la prueba de  $\chi^2$ . Se estudiará la asociación de unas variables con otras por el coeficiente de correlación de Pearson. El coeficiente de regresión se usará para estudiar las variables dependientes.

*Limitaciones.* Variables dicotómicas en determinados áreas encuestadas.

*Aplicabilidad.* -Conocer la prevalencia SPI. -Analizar factores relacionados con SPI secundario. -Evaluar consecuencias en: sueño, depresión y afectación a la vida laboral y a la sociedad en general. Nos permitirá valorar el alcance de este problema y servirá de alerta para un diagnóstico y tratamiento eficaz. Esta patología debe de ser reconocida en la consulta de atención primaria. Hay poca información en nuestro medio; es deseable realizar estudios para tener una visión más exacta y para ello precisamos otros investigadores colaboradores.

*Aspectos éticos-legales.* Conformidad del Comité Ético del Hospital.

## P224 VARENICLINA EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: ESTUDIO VAHIDDO-2

C. Bartolomé Moreno, M. Clemente Jiménez, A. Pérez Trullén, P. Gascó García, M. Gallardo Doménech y A. Serrano Moreno

CS Iturrama. Apta. Pamplona. Navarra.  
Correo electrónico: cbartolomem@hotmail.com

*Objetivos.* Objetivo principal: Conocer eficacia y seguridad de vareniclina en deshabitación de fumadores con otro factor de riesgo cardiovascular como hipertensión y/o diabetes mellitus y/o dislipemia y/o obesidad. Objetivo secundario: Conocer la seguridad de vareniclina en deshabitación de fumadores con otro factor de riesgo cardiovascular como hipertensión y/o diabetes mellitus y/o dislipemia y/o obesidad.

*Tipo de estudio.* Tipo de estudio: Ensayo clínico aleatorio, con grupo control.

*Ámbito del estudio.* Multicéntrico.

*Sujetos.* Se estudiarán 416 fumadores con factores de riesgo cardiovascular, 208 pacientes en el grupo intervención con vareniclina y otros 208 en el grupo control con nicotina, de los cuales, 52 son pacientes fumadores diagnosticados de hipertensión, 52 con hipercolesterolemia, 52 con obesidad y 52 con diabetes.

*Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.* Criterios de inclusión: -Fumador, independientemente de la cantidad y de la motivación para dejarlo. -Ma-

yor de 18 años. -Pacientes con diagnóstico previo de hipertensión arterial (conocedor de ser hipertenso y/o que realice dieta o tratamiento hipotensor), y/o diabetes mellitus (si diabetes mellitus tipo 1 o 2 conocida o bien si informa seguir dieta o tratamiento farmacológico para diabetes) y/o dislipemia (si tenía dislipemia conocida o bien si informa que sigue dieta o tratamiento farmacológico para dislipemia) y/o obesidad (cuando lo refiera como antecedente o bien si IMC, calculada en la visita, es superior a 30 kg/m<sup>2</sup>). -Otorguen consentimiento. Criterios de exclusión: -Baja probabilidad de seguimiento (población ambulante, previsión de cambio de domicilio, paciente terminal). -Enfermedad psiquiátrica grave, déficit mental, otras drogas. -Embarazadas/ lactancia materna. -Contraindicación vareniclina/TSN. -Epilepsia. -Insuficiencia renal moderada/grave. Muestreo: asignación aleatoria estratificada por CCAA y factor de riesgo cardiovascular con tabla única de números aleatorios.

*Mediciones e intervenciones.* Se contactará con los investigadores de cada provincia para que den a conocer el proyecto. A los sanitarios que accedan a participar se enviará información detallada del estudio y hoja de recogida de datos. Cuando se detecte un fumador, que cumpla criterios de inclusión, tras explicarle el estudio, se solicitará consentimiento, realizará intervención mínima, y según asignación aleatoria se administrará vareniclina o TSN. Se realizarán evaluaciones al mes y 2, 3, 4, 6 y 12 meses de la fecha de inicio. El efecto de la intervención se estudiará considerando éxitos los pacientes que dejan de fumar y se mantienen abstinentes durante un año (cooximetría). Fecha inicio estudio: 1-enero-2008. Período de reclutamiento: De 1-enero-2008 a 31-junio-2008. Seguimiento a los 1, 2, 3, 4, 6 y 12 meses (las últimas en junio-2009). Fecha finalización estudio: 30-junio-2009. Fecha informe resultados: 28-septiembre-2009.

*Análisis estadístico.* Análisis por intención de tratar. Se comprobará la comparabilidad inicial de los grupos. Análisis descriptivo. Estimar el efecto sobre la variable respuesta utilizando pruebas de comparación de medias (t de Student o Anova) o de comparación de proporciones (Chi-cuadrado). Se estudiará el número de exfumadores mediante riesgo relativo y su correspondiente intervalo de confianza (95%). Para evaluar las variables que influyen en el resultado se realizará análisis multivariante (patología previa, tratamientos concomitantes, años como fumador, número de cig/día, motivación, dependencia).

*Limitaciones.* No se ha considerado ético utilizar en el grupo control placebo. Dificultad para conseguir la muestra. Se necesitan investigadores de las CCAA: Aragón, Navarra, La Rioja, País Vasco.

*Aplicabilidad.* Utilidad para conocer efectividad y seguridad de vareniclina en pacientes con factores de riesgo cardiovascular.

*Aspectos éticos-legales.* Solicitada autorización Comité Ético de referencia, asociados, AGEMED.

## P225 CRIBADO DE HIPERTENSIÓN OCULAR Y GLAUCOMA EN USUARIOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. García, A. Asensi, J. Farré, I. Colomé, M. Gras y Q. Saldies

Servicio de Atención Primaria Anoia. Igualada. Cataluña.  
Correo electrónico: mjgarcias.cp.ics@gencat.net

*Objetivos.* Evaluar si en la población con hipertensión arterial (HTA) es necesario realizar el cribado de hipertensión ocular (HTO) y glaucoma mediante tonometría, retinografía y agudeza visual. Conocer la prevalencia de HTO/ glaucoma y factores de riesgo asociados. Valorar la concordancia entre el tonómetro de aire/aplanación.

*Tipo de estudio.* Estudio multicéntrico descriptivo transversal.

*Ámbito del estudio.* Servicio de atención primaria (SAP). 109.000 habitantes.

*Sujetos.* 738 HTA de 40-80 años.

*Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.* Muestreo aleatorio sistemático de HTA del SAP. Citación telefónica. Excluidos HTA con: glaucoma, HTO, ceguera, atención domiciliaria, enfermedades invalidantes.

*Mediciones e intervenciones.* Mediciones: edad, sexo, nacionalidad, antecedentes familiares glaucoma, años evolución HTA, tabaquismo, alcoholismo, índice masa corporal (IMC), cirugía ocular previa, factores de riesgo cardiovascular (diabetes mellitus, dislipemia, cardiopatía isquémica), miopía, hipermetropía, tratamiento farmacológico actual, tonometría, retinografía, medida excavación papilar, agudeza visual. Intervenciones: previo consentimiento informado se cumplimentará el cuestionario mediante revisión de la historia clínica informatizada. Se realizará tonometría de aire CT-80A TOPCON (media 3 determinaciones), fondo de ojo mediante retinógrafo TOPCON Cámara retinal no midriática (TRC-

NW6SF) y medida excavación papilar (cup/disk ratio) utilizando el programa informático TOPCON. Si la tonometría de aire está alterada (PIO > 21 mmHg) se realizará, sin derivación al especialista, nueva medición de PIO con tonómetro de aplanación Goldmann.

**Análisis estadístico.** Se creará una base de datos Access y se analizará mediante Programa SPSS v.11 y Epiinfo. Se considerarán estadísticamente significativos valores  $p < 0,05$ . Se realizará un análisis descriptivo de las variables recogidas, con el cálculo de frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas y la estimación puntual y el intervalo de confianza del 95% de seguridad de media y desviación estándar para variables cuantitativas. Se realizará análisis bivariante mediante pruebas de la chi-cuadrado para variables categóricas y pruebas t de Student para variables continuas. Se valorará concordancia (índice kappa) entre las mediciones con el tonómetro de aire/Goldmann. Se ajustará modelo de regresión logística utilizando como variable dependiente la tonometría y como independientes el resto.

**Limitaciones.** Dado el elevado número de pacientes que se deben citar para el estudio es posible que las pérdidas sean elevadas todo y que ya se ha tenido en cuenta en el cálculo del tamaño muestral. Se incluyen pacientes con vida laboral activa, se intentará el horario más asequible para los participantes.

**Aplicabilidad.** La mayoría de los hipertensos son controlados en la Atención Primaria, por tanto es necesario que cualquier estrategia de cribado sea realizada en este nivel de atención. No está claro el cribado de HTO y glaucoma en HTA dado que no hay ningún estudio con el suficiente tamaño muestral que lo haya podido demostrar todo y que según la bibliografía es posible que esté indicado realizarlo. Si está claro que el diagnóstico y el tratamiento precoz retrasan la evolución hacia problemas más importantes mejorando así el pronóstico final. Algunos Servicios de Atención Primaria disponen del aparato necesario y personal entrenado. La investigación a nivel extrahospitalario puede beneficiar muchos pacientes y demostrar mayor efectividad.

**Aspectos éticos-legales.** Los participantes lo serán previo consentimiento informado. Se solicitará valoración ética Fundació Jordi Gol i Gurina (Institut Català de la Salut).

## P226 SATISFACCIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES TERMINALES ONCOLÓGICOS EN SEGUIMIENTO POR LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y/O ATENCIÓN PRIMARIA

T. Cedeño Benavides, S. Moreno Suárez S y D. Raya Collados

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Distrito Sanitario Granada. Granada. Andalucía.

Correo electrónico: t\_091@hotmail.com

**Objetivos.** Conocer el grado de satisfacción del cuidador principal en pacientes terminales oncológicos, cuando la asistencia es integrada por Atención Primaria y atención especializada (Unidades de Cuidados Paliativos). Además de identificar factores asociados al grado de satisfacción: relacionados con la patología del paciente y con la atención sanitaria recibida.

**Tipo de estudio.** Estudio transversal con componente analítico.

**Ámbito del estudio.** Área de cobertura de un Distrito Sanitario con población de más de 300.000 habitantes.

**Sujetos.** Cuidadores principales de pacientes terminales oncológicos del área de cobertura del Distrito Sanitario.

**Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.** Pacientes terminales oncológicos en seguimiento por la Unidad de Cuidados Paliativos del Distrito Sanitario. Pacientes domiciliarios, no institucionalizados. Existencia de Cuidador Principal no remunerado. Parentesco familiar del cuidador principal. Exitus entre septiembre 2008 y septiembre del 2009. Tamaño muestral de 105 pacientes. Tasa estimada de no respuesta del 10%; error alfa máximo 5% y potencia 80%.

**Mediciones e intervenciones.** La información acerca de criterios de inclusión en el estudio y otros datos, se extraerán de la Historia clínica de la Unidad de Cuidados Paliativos y de Atención Primaria. El grado de satisfacción del cuidador principal se extraerá de una entrevista personal. Se realizará 15 a 20 días después del fallecimiento del paciente. Utilizando una encuesta que valorara las distintas variables y el grado de satisfacción. Se realizará telefónicamente. La coordinación entre los diferentes niveles de Atención sanitaria, se extraerá de una entrevista telefónica con el médico de familia del paciente. Antes de comenzar el estudio, desde la Unidad de Cuidados Paliativos, se le informará al cuidador principal de la re-

alización del mismo y si está interesado en ser incluido donde firmará el consentimiento.

**Análisis estadístico.** Se emplearán medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para variables cualitativas. El grado de satisfacción, medida según una escala Likert de 0 a 10, se calculará la mediana y moda. A partir de esta variable se definirá como variable secundaria satisfacción óptima de forma cualitativa. Primero se hará un análisis bivariante para identificar las posibles variables que influyen en el grado de satisfacción. Posteriormente se realizará un análisis multivariante para ver el papel de cada variable en particular. Se hará especial hincapié en la influencia de las variables dependientes de la atención sanitaria recibida, sobre el grado de satisfacción del cuidador principal.

**Limitaciones.** La confusión residual de la variable dependiente, por su gran carga subjetiva; la variabilidad de la satisfacción en función del tiempo; la pérdida de información en el registro de visitas en las historias clínicas y la tasa de no respuesta.

**Aplicabilidad.** La satisfacción del usuario, se usa como índice de buen funcionamiento, de calidad del servicio e indicador de resultado de los procesos asistenciales por parte de la administración sanitaria. Si la satisfacción aumenta cuando la atención es coordinada con AP, nos servirá para promover la atención domiciliar y la atención en Cuidados Paliativos desde Atención Primaria.

**Aspectos éticos-legales.** Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Investigación y Ética Médica del Distrito Sanitario y del Hospital correspondiente.

## P227 INTERVENCIÓN TELEFÓNICA MOTIVACIONAL BREVE PARA LA CESACIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO

I. Roca Brasó, J. Massons Cirera, M. Sastre Martín, T. Jiménez Pascua, C. Molina Guasch y N. Montellà Jordana

Mataró 7-Ronda Prim. Mataró. Cataluña.

Correo electrónico: ingridrocaso@hotmail.com

**Objetivos.** Primario: Evaluar si una intervención telefónica motivacional breve es más eficaz que la práctica habitual en la consulta de Atención Primaria en la cesación del hábito tabáquico en pacientes fumadores activos a los 12 meses de seguimiento. Secundarios: 1. Conocer el porcentaje de individuos que han disminuido el consumo de tabaco en los dos grupos de estudio. 2. Comparar la motivación para dejar de fumar entre los dos grupos de estudio según el test de Richmond, la valoración categorial de estadios del cambio y la autopercepción de motivación (con escala de 1-10). 3. Cuantificar el tiempo de la intervención. 4. Prevalencia puntual (7 días anteriores) de abstinencia a los 3 (sólo grupo intervención) y a los 12 meses (a los dos grupos).

**Tipo de estudio.** Estudio analítico experimental de tipo ensayo clínico controlado aleatorizado.

**Ámbito del estudio.** Atención Primaria.

**Sujetos.** Fumadores activos adultos asignados a un Centro de Salud.

**Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.** Criterios de inclusión: pacientes de 18-75 años registrados como fumadores en la HCAP, atendidos entre septiembre-diciembre 2006, que acepten a participar. Criterios de exclusión: No tener teléfono. Presentar enfermedades graves. Dificultades en la comunicación telefónica. No responder después de 6 llamadas. Muestreo por selección aleatoria simple aparejada por edad, sexo y médico. Muestra: 148 individuos por grupo (intervención y control).

**Mediciones e intervenciones.** Variables de estudio: demográficas, en relación al hábito tabáquico, motivación. Trabajo de campo: Llamada grupo intervención a los 0 m, 3 m y 12 m, para recogida de variables, intervención y valoración de su situación respecto al tabaco. Llamada grupo control a los 12 m para valorar situación respecto al tabaco.

**Análisis estadístico.** Se efectuará control de calidad de datos y análisis descriptivo de los mismos. Se compararán individuos incluidos y excluidos, mediante la prueba  $\chi^2$  (variables categóricas), t-Student (variables continuas) y tests no paramétricos. La comparación entre grupo control y intervención se efectuarán mediante la prueba de McNemar por datos categóricas aparejadas y de Wilcoxon (datos aparejados continuos). Se efectuará regresión logística condicional, para comparar el abandono del hábito tabáquico, y regresión lineal con modelos jerárquicos, para comparar la cantidad de cigarrillos que han dejado de fumar, entre los 2 grupos, ajustando por las potenciales variables de confusión.



**Limitaciones.** Problemas en la actualización tanto de los diagnósticos como los datos administrativos de los usuarios. Dificultad para contactar con algunos pacientes. Se debería valorar si este tipo de intervención tiene un buen coste/beneficio.

**Aplicabilidad.** Creemos que es especialmente aplicable a nuestro ámbito por varias razones: 1) Plantea actividades preventivas propias de atención primaria, que podrían ser útiles para abordar otros cambios de estilo de vida. 2) Se trata de un tipo de intervención educativa especialmente adecuada para la atención primaria: innovadora, de corta duración, que no requiere formación específica y fácil de aplicar por los profesionales. 3) La consulta telefónica puede ser una herramienta que mejore la accesibilidad de nuestros pacientes, aumentando la cobertura en fumadores no frecuentadores. También posibilita una mejor organización horaria de la agenda de los profesionales. Potencia la actuación que se realiza en la consulta habitual.

**Aspectos éticos-legales.** No apreciamos dilemas ni éticos ni legales, al ser la intervención voluntaria.

## Sesión 22

13.30-14.30 h

## Proyectos de investigación (II)

### P228 CONSTRUCCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE UNA ESCALA PARA VALORAR LA RELACIÓN CLÍNICA: EL CICAA

E. Gavilán Moral, L. Pérula De Torres, R. Ruiz Moral y J. Parras Rejano

Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba. Córdoba. Andalucía.

Correo electrónico: enrique.gavilan.moral@gmail.com

**Objetivos.** Construir y validar la escala CICA para valorar la Relación Clínica (RC) en las consultas de Medicina y Enfermería.

**Tipo de estudio.** Estudio observacional descriptivo, de validación de un instrumento de medida.

**Ámbito del estudio.** Centros de Atención Primaria y Secundaria.

**Sujetos.** Participación de un grupo de expertos en RC en la validación aparente y de consenso de la escala. Posteriormente, se hará una evaluación de sus propiedades psicométricas sobre una base de entrevistas clínicas videograbadas de varias submuestras: Residentes y Médicos de Familia, Médicos de Atención Secundaria y Enfermeras de Atención Primaria; pacientes con patología incidente y crónicas, reales y estandarizados.

**Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.** Se escogerán las videograbaciones mediante muestreo aleatorio de un pool de entrevistas procedentes de estudios previos. El tamaño muestral estimado será de 150-200 encuentros clínicos.

**Mediciones e intervenciones.** Elaboración de una propuesta de cuestionario, basada en un modelo teórico de RC (CICAA: Conectar, Identificar y Comprender problemas, Acordar y Ayudar a actuar), mediante una metodología tipo Delphi de rondas de trabajo vía e-mail, emitiendo propuestas de modificaciones, incorporación y eliminación de ítems, y valoración de la pertinencia e importancia de cada ítem. Valoraciones por observadores previamente entrenados en el uso del instrumento CICA de entrevistas videograbadas para calcular sus propiedades psicométricas.

**Análisis estadístico.** Validación cualitativa: Validez de consenso y aparente: Análisis cualitativo de las respuestas de los expertos en RC, y cuantitativo con cálculo de la media y varianza sobre pertinencia de cada ítem. Validación cuantitativa (propiedades psicométricas): Validez de contenido (análisis factorial exploratorio), consistencia interna (alfa de Cronbach), fiabilidad intra en interobservador (índice Kappa, coeficiente de correlación intraclass, generalizabilidad, método descriptivo de Bland y Altman), sensibilidad al cambio tras intervención formativa (t de Student), validez de constructo con resultados de la consulta y clínicos (Ji-cuadrado, t test de Student, ANOVA, coeficiente de correlación de Pearson) y

validez convergente con el cuestionario GATHA (coeficiente de Pearson).

**Limitaciones.** Determinados aspectos de la RC son difíciles de valorar por un observador externo no implicado en el acto clínico. Para paliar esta situación, tendremos en cuenta la percepción del paciente de la interacción comunicativa mantenida en la consulta como variable de resultado en el análisis de la validez de constructo. Además, para reducir la subjetividad de las evaluaciones se realizará un cuidadoso proceso de entrenamiento de los evaluadores en el uso de la herramienta que incluya ejercicios prácticos con un manual de uso de la escala que ayude a codificar los ítems.

**Aplicabilidad.** La validación de la escala CICA nos permitirá disponer de un instrumento válido y fiable en ámbitos sanitarios muy amplios, que podrá ser usado en docencia, investigación y para monitorizar la eficacia de la formación en RC.

**Aspectos éticos-legales.** Las videograbaciones proceden de otros proyectos en los que se solicitó el consentimiento informado a profesionales y pacientes. Se mantendrá el anonimato de los participantes mediante codificación con claves. El proyecto ha sido aprobado por un Comité Ético de Investigación Clínica.

Financiación: Esteve, SAMFyC, semFYC, Consejería Salud Junta Andalucía.

### P229 OPINIONES, ACTITUDES Y HABILIDADES DE MÉDICOS DE FAMILIA SOBRE LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES: UN ESTUDIO CUALITATIVO

R. Ruiz-Moral, L. Jiménez De Gracia L, L. Pérula De Torres, M. Carrión, E. Solla y M. Martínez

Unidades Docentes de Medicina de Familia de Córdoba, Málaga y Jaén, Fundación Index. Córdoba, Málaga, Jaén y Granada. Andalucía.

Correo electrónico: lauradegracia@hotmail.com

**Objetivos.** Conocer las opiniones, actitudes y estrategias de los médicos de familia (MF) sobre la participación del paciente en la consulta (PPC) y sus principales condicionantes.

**Tipo de estudio.** Estudio cualitativo con grupos focales (GGFF).

**Ámbito del estudio.** Atención primaria (AP).

**Sujetos.** Informadores clave MF expertos y no expertos en áreas de comunicación clínica (CC) con práctica asistencial superior a 5 años.

**Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.** Muestreo de tipo nominal, seleccionando a los participantes según su relación con el fenómeno de estudio. Dos aspectos son relevantes en este sentido: maestría en CC y ámbito de trabajo. Diferenciaremos entre informadores expertos en CC (con una visión más profunda pero también más purista y exigente) y no expertos (con mayores perspectivas de aplicación práctica), y entre práctica clínica rural y urbana, para obtener una visión representativa de todas las realidades de la AP.

**Mediciones e intervenciones.** Se realizarán 3 GGFF (uno de expertos en CC; otro de no expertos y el tercero, mixto) con 6-10 médicos cada uno. Con cada grupo se mantendrán 2 reuniones que serán audiograbadas para su posterior análisis; el objetivo de la primera reunión será obtener opiniones sobre diferentes aspectos de la PPC, y el de la segunda, propuestas sobre qué habilidades se requieren para involucrar a los pacientes en las decisiones clínicas.

**Análisis estadístico.** Preliminarmente, realizaremos un análisis de la bibliografía disponible sobre la PPC. Esto será la base para codificar la información aportada por los GGFF, transcrita literalmente a partir de las audiograbaciones, en categorías preestablecidas y otras emergentes sobre el tema. Mediante una aproximación inductiva a partir de los códigos generados se extraerán las proposiciones relevantes. Para la codificación de los datos, se utilizará el programa de análisis cualitativo de datos textuales Nudist-Vivo, lo cual facilitará el análisis de textos y su interpretación.

**Limitaciones.** Un problema durante la realización de las reuniones podría radicar en que los contenidos a discutir y la articulación del propio grupo podría silenciar opiniones disidentes. Los moderadores tratarán de establecer dinámicas adecuadas que ayuden a que el diálogo sea fluido, con la participación libre de todos los participantes, que además, tendrán la misma jerarquía. Respecto a realización de los GGFF, existe discrepancia sobre las ventajas de mantener o no la homogeneidad de sus miembros; en nuestro caso trabajaremos con grupos homogéneos y heterogéneos, lo que haría desaparecer esta limitación.

**Aplicabilidad.** Este proyecto representa una innovación sobre un aspecto clave de la asistencia sanitaria, como es la participación del paciente en la

toma de decisiones. El estudio pretende profundizar en opiniones y experiencias de los profesionales, e incluir sus propuestas concretas para poder así plantear actuaciones realistas.

**Aspectos éticos-legales.** Los participantes serán informados sobre las características del estudio, solicitándoseles el consentimiento informado para ser incluidos. La confidencialidad se mantendrá analizando los datos mediante códigos que evitarán identificar su procedencia. El proyecto ha sido aprobado por un Comité Ético de Investigación Clínica.

Financiación: FIS, Consejería Salud Junta Andalucía, SAMFyC.

## P230 PSICOPATOLOGÍA EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE ATENDIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA: PREVALENCIA, FACTORES ASOCIADOS Y EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN BIOPSICOSOCIAL

M. Salinero Fort, E. Irazábal Martín, L. Chocron Bentata, C. Martín Madrazo, R. Sanz Bucero y P. Gómez Campelo

Unidad de Investigación Atención Primaria Área 4. Madrid. Madrid.

Correo electrónico: msalinero.gapm04@salud.madrid.org

**Objetivos.** Fase 1: Estimar la prevalencia de psicopatología en la población autóctona e inmigrante en las consultas de Atención Primaria, e identificar los posibles factores asociados a los trastornos psíquicos en los inmigrantes. Fase 2: Verificar la asociación de los factores pronósticos, identificados en la primera fase del estudio, en el desarrollo de la psicopatología en la población inmigrante. Fase 3: Analizar la eficacia de los Grupos Terapéuticos (GT) en el tratamiento de ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático (TEP) en la población inmigrante.

**Tipo de estudio.** Fase 1: Estudio descriptivo transversal; Fase 2: Estudio de cohortes (dos años de seguimiento); Fase 3: Ensayo comunitario.

**Ámbito del estudio.** Estudio multicéntrico, Atención Primaria.

**Sujetos.** Fase 1: Inmigrantes y nacionales, registrados como usuarios de los Centros de Salud (CS). Fase 2: Inmigrantes sin trastorno mental registrados como usuarios de los CS. Fase 3: Inmigrantes afectados de ansiedad, depresión y/o trastorno de estrés postraumático registrados como usuarios de los CS.

**Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.** Criterios de inclusión Fase 1: Edad > 18 años, nacidos en España o con nacionalidad extranjera que entiendan el castellano, y que firmen el consentimiento informado. Criterios de exclusión: Psicosis, Trastorno Bipolar, patología crónica con grave limitación física y/o funcional. Pronóstico vital < 1 año.

**Mediciones e intervenciones.** Fases 1 y 2: estrés psicosocial (escala de Holmes), Apoyo social (escala de MOS), Afrontamiento (cuestionario COPE). Variables sociodemográficas y relacionadas con el proceso migratorio en los inmigrantes. Trastorno psíquico (cuestionario Prime-MD y escala de trauma de Davidson). Fase 3: La variable de resultado final será la "curación psicopatológica" definida por la combinación del resultado favorable del cuestionario Prime-MD y la opinión del médico responsable. Intervenciones: Fase 3: Tratamiento médico convencional (ansiedad, depresión y TEP) y GT.

**Análisis estadístico.** FASE 1: Para el primer objetivo, se realizará análisis de los porcentajes y la prueba de Chi-cuadrado. Para el segundo objetivo se realizará un análisis de Regresión Logística Multivariado (RLM) FASE 2: Para el objetivo de verificar la asociación de los factores pronósticos de los trastornos psicopatológicos en inmigrantes sanos se calcularán los riesgos relativos de cada factor de exposición. Se estratificará por variables confusoras (edad, sexo, nivel de ingresos, ocupación liberal, tiempo en España) y se realizará análisis de RLM. FASE 3: Para el objetivo de analizar la eficacia de los dos tipos de intervención en inmigrantes con patología se realizará un RLM donde la variable explicativa principal será el tipo de intervención y la variable dependiente la curación. Se realizará un análisis por intención de tratar y por cumplimiento de protocolo.

**Limitaciones.** Sesgo de selección si la población de estudio no es representativa de la población diana. Sesgo de información por el Prime-MD (20% de falsos negativos y 10% de falsos positivos, según literatura) que se intentará minimizar con el criterio clínico del médico del paciente, que confirmará o desestimará el diagnóstico. En la fase 3 es posible que encontremos pérdidas de seguimiento > 20%.

**Aplicabilidad.** Reorientar la práctica clínica asistencial al inmigrante.

**Aspectos éticos-legales.** Se ha obtenido la aprobación por el Comité de Ética local y se pedirá el consentimiento aprobado por dicho CEIC.

## P231 INTERVENCIÓN DE MOTIVACIÓN EN GRUPO EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN PREVENCIÓN PRIMARIA DE PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (IMOAP)

J. Rodríguez Cristóbal, J. Pérez Santos, M. Lasala Moreno, D. Bleda Fernández, F. Benavides Márquez y P. Martí De la Morena

ABS Florida Sur (Hospitalet de Llobregat), ABS Río de Janeiro (Barcelona).

Hospitalet de Llobregat, Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 21002jrc@comb.es

**Objetivos.** 1. Determinar si una intervención grupal de motivación, junto a la intervención habitual, es más eficaz que ésta en el tratamiento del sobrepeso y obesidad, en la reducción inicial del peso y su persistencia en el tiempo.

2. Observar si dicha intervención es más efectiva en la reducción de los factores de riesgo cardiovascular asociados al sobrepeso y la obesidad, y el riesgo cardiovascular global.

**Tipo de estudio.** Ensayo clínico aleatorio multicéntrico de intervención en pacientes con sobrepeso y obesidad. Asignación aleatoria de la intervención por Áreas Básicas. Se establecen dos grupos separados geográficamente, uno de ellos recibirá la intervención de motivación en grupo (intervención) y el otro el seguimiento habitual (control). Las ABS ubicadas en el mismo edificio se asignarán al mismo grupo para evitar contaminación.

**Ámbito del estudio.** Atención primaria. 24 ABS de Hospitalet de Llobregat y Barcelona. Determinaciones analíticas en el laboratorio de referencia.

**Sujetos.** La selección se realizará por parte del profesional sanitario (enfermera) participante siguiendo los siguiente criterio: se incluirán los dos primeros pacientes que se visiten a la consulta programada de enfermería dentro del período de reclutamiento preestablecido y que cumplan los criterios de inclusión.

**Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.** Criterios de inclusión: 1. Pacientes de ambos sexos con sobrepeso (IMC > 25) u obesidad (IMC > 30); 2. Edad de 30 a 70 años; 3. Aceptar participar en el estudio (consentimiento informado). Criterios de exclusión: 1. Patología clínica severa; 2. Obesidad secundaria; 3. Alteraciones sensoriales graves que interfieran en el aprovechamiento de la intervención motivacional; 4. Alteraciones psíquicas severas.

**Mediciones e intervenciones.** Porcentaje de pacientes que pierden 5-10% de su peso en cada una de las intervenciones. Factores de riesgo cardiovascular y riesgo cardiovascular global. Datos analíticos: perfil lipídico, apo B-100, apo A-1, fibrinógeno, PCR ultrasensible e insulinemia.

**Análisis estadístico.** Análisis descriptivo según el tipo de variables, Evaluación de la comparabilidad inicial de los pacientes de los dos grupos: Ji cuadrado en el caso de proporciones y, en caso de medias, t de Student o su equivalente. Hipótesis a contrastar: Hipótesis nula, definida como la igualdad de eficacia de la intervención habitual y la experimental. La posible diferencia de eficacia entre las intervenciones se llevará a cabo a partir del análisis basado en los valores individuales de los pacientes mediante la utilización de técnicas estadísticas multinivel.

**Limitaciones.** La asignación de ABS será aleatoria, pero no los pacientes, diseño más adecuado para evitar la contaminación entre los grupos, y el tamaño de muestra será más reducido. Sesgo de selección al incluir los dos primeros pacientes de la consulta que cumplan los criterios, que facilita reclutamiento.

**Aplicabilidad.** Si la intervención motivacional grupal dirigida por enfermería fuera eficaz, se podría instaurar como herramienta de tratamiento para los pacientes con sobrepeso y obesidad, en las Áreas Básicas de Salud, dando lugar a una reducción de los factores de riesgo cardiovascular relacionados, y en consecuencia los procesos cardiovasculares.

**Aspectos éticos-legales.** Proyecto aprobado por el comité científico y ético de la Fundación Jordi Gol y Gurina de Atención Primaria.

## P232 VALORACIÓN DE LOS HÁBITOS PERSONALES Y PROFESIONALES EN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA DE CÁNCER DE PIEL ENTRE LOS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Senán Sanz, J. Bayó Llibre, C. Roca Saumell, X. Cano Sanz, I. Aoiç Linares y J. Malveby Guilera

CAP El Clot. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 33643mss@comb.es

**Objetivos.** General: Mejorar la implementación de estrategias de prevención primaria y secundaria del cáncer de piel. Específicos: 1) conocer los



hábitos de protección solar del personal sanitario de atención primaria, teniendo en cuenta su rol ejemplar; 2) valorar conocimientos y actividades que se realizan de prevención primaria y secundaria de cáncer cutáneo.

**Tipo de estudio.** Estudio transversal descriptivo mediante encuesta por e-mail al correo corporativo de los sanitarios de los centros seleccionados. Para mantener el anonimato, habrá un código de acceso, mediante el que se accede a una página WEB, donde se volcarán todas las respuestas del cuestionario, que estará colgado. Paralelamente se enviará carta para que, los que lo deseen, puedan contestar por esta vía. Se enviarán hasta 3 recordatorios a todos los sujetos, que invitará a participar, si aun no lo han hecho.

**Ámbito del estudio.** Equipos de Atención Primaria.

**Sujetos.** Médicos de familia, pediatras y diplomados en enfermería de Atención Primaria.

**Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.** Muestreo aleatorio por conglomerados a partir de los centros de Atención Primaria (181) de una región sanitaria. Cálculo del tamaño de la muestra: a partir de población de facultativos y enfermeros de esta región. Aceptando un riesgo alfa 5% para una precisión de  $\pm 0,05$  en un contraste de hipótesis bilateral para una proporción estimada del 50% y una tasa de reposición del 20%, se precisa una muestra de 540 individuos. Como es un muestreo por conglomerados, si asumimos un efecto diseño de 2, el tamaño final de la muestra será de 1080 individuos.

**Mediciones e intervenciones.** La primera parte de la encuesta analiza variables generales. Segunda parte: hábitos de fotoprotección. Tercera parte: conocimientos de prevención primaria, epidemiología, grupos de riesgo, tratamiento del cáncer. Cuarta parte: Si se realiza o no consejo preventivo y de autoexploración en la consulta, cribado de pacientes con alto riesgo de cáncer de piel, y si todo esto no se hace, razón para la falta de actividades de prevención.

**Análisis estadístico.** Los resultados se expresarán con medidas de centralización y dispersión (media, mediana, desviación estándar) para las variables cuantitativas. Test de la t de Student para el análisis de variables cuantitativas que siguen una distribución normal, el nivel de significación estadística lo situaremos en el valor de la p menor a 0,05. En cuanto a las variables cualitativas, utilizaremos el test de la  $\chi^2$ .

**Limitaciones.** No existe ningún cuestionario validado, por lo que el nuestro está diseñado por expertos, realizaremos previamente una prueba piloto. Existe el riesgo de una tasa muy baja de respuestas, para evitarlo enviaremos la carta con el logo de las sociedades o proveedores apoyen el estudio, sobre prepago para devolver el cuestionario cumplimentado, y varios e-mail que invitan a participar.

**Aplicabilidad.** Los resultados nos servirán para conocer nuestra realidad en este problema de salud y, lo más importante, será la base del desarrollo de una estrategia de formación si el estudio revela que ésta es necesaria, seguido de un estudio prospectivo con implementación de circuitos pilotos de prevención primaria y secundaria, con la introducción del uso de dermatoscopio en el cribado de cáncer cutáneo, para disminuir su morbi-mortalidad.

**Aspectos éticos-legales.** No existen conflictos ético-legales.

## P233 EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN ESTRUCTURADA EN PACIENTES POLIMEDICADOS

F. Atienza Martín, S. Baz Montero, J. Ortega Blanco, F. López Aguilar, F. Rioja Ulgar y A. Pérez Márquez

Distrito Sanitario Huelva-Costa. Huelva. Andalucía.  
Correo electrónico: fatienzam@hotmail.com

**Objetivos.** Objetivo principal: Evaluar la efectividad de una intervención estructurada en la adecuación de los tratamientos farmacológicos de pacientes polimedificados. Objetivos secundarios: describir su perfil biológico, analizar su perfil psicológico y analizar su cumplimiento terapéutico.

**Tipo de estudio.** Distrito Sanitario de ámbito urbano y rural.

**Ámbito del estudio.** Distrito Sanitario de ámbito urbano y rural.

**Sujetos.** Pacientes polimedificados definidos como: tomar de forma continuada cinco o más fármacos durante el menos seis meses y figurar en registro específico en 2006 (2048 personas).

**Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.** Criterio de inclusión: Paciente polimedificado atendido en centros del Distrito. Criterios de exclusión: pacientes en situación Terminal; pacientes con alteraciones cognitivas/conductuales conocidas; pacientes que nieguen su Consentimiento Informa-

do para participar. Muestreo: aleatorio entre la población en estudio, asignando el número de pacientes de cada centro participante y seleccionándolos mediante una tabla de números aleatorios. Se calculó el tamaño de la muestra considerando la variable dependiente que precisa más tamaño muestral (cumplimiento) y estimando el incumplimiento en el 33%, para un nivel de confianza del 95% y una precisión del 2%, en 340 pacientes añadiendo un 30% por pérdidas, siendo la muestra final de 442 pacientes. Tras la determinación de datos y evaluación del perfil psicológico y cumplimiento, se procederá a la asignación a los dos grupos (control e intervención), teniendo en cuenta una diferencia de adecuación del tratamiento del 30% y para una potencia del estudio del 80% de un total de 100 pacientes.

**Mediciones e intervenciones.** Medición del objetivo principal: adecuación del tratamiento entendido como no existencia de tratamientos sin indicación y no existencia de indicaciones sin tratamiento (en caso necesario). Determinación de datos del participante: Edad, peso, talla, comorbilidad, tratamientos prescritos y programa/proceso asistencial en el que está incluido. Determinación del nivel de ansiedad/depresión de los participantes mediante el test de Goldberg. Determinación del cumplimiento mediante el método de Morinsky-Green. Intervención en el grupo control: cuidado habitual. Intervención el grupo de intervención: Procedimiento de trabajo consistente en: -Identificación de indicaciones sin tratamiento; -Identificación de tratamientos sin indicaciones; -Tratamientos de elección; -Adecuación del régimen terapéutico.

**Análisis estadístico.** -Análisis descriptivo: variables cuantitativas: medidas centrales y de dispersión; variables cualitativas: proporciones e intervalos de confianza. -Análisis inferencial: variables cualitativas: Ji cuadrado o test de Fischer; comparación de medias: prueba T o test de U de Mann-Whitney.

**Limitaciones.** Las limitaciones vienen dadas por la complejidad de la valoración de la adecuación de los tratamientos y la posible falta de datos en las historias clínicas.

**Aplicabilidad.** El proyecto es de interés por la enorme trascendencia en términos de seguridad del paciente (interacciones, efectos adversos...) y gasto de la polimedicación.

**Aspectos éticos-legales.** Al tratarse de un ensayo clínico con intervención, pasará la revisión por la comisión de ensayos clínicos y todos los participantes firmarán un impreso de consentimiento informado del estudio. Se ofrecerá la intervención a todos los participantes del grupo no intervenido.

## P234 INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS CON ANTICOAGULANTES ORALES EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

V. Coronado Vázquez, A. Ortega Carpio, M. Martín Gómez, L. López González, R. Álvarez Miralles y S. Vaz Montero

CS de Ayamonte, CS El Torrejón, CS de Cartaya. Ayamonte. Andalucía.  
Correo electrónico: mvcoronado@msn.com

**Objetivos.** Describir la probabilidad de ocurrencia y la tasa de riesgo de interacciones medicamentosas con anticoagulantes orales a lo largo del seguimiento de una muestra de pacientes anticoagulados.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo longitudinal.

**Ámbito del estudio.** Estudio multicéntrico desarrollado en tres Centros de Salud, uno urbano y dos rurales.

**Sujetos.** Pacientes anticoagulados seguidos en el Centro de Salud. Con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 6% y una prevalencia esperada de interacciones del 20% se obtiene una muestra de 171 pacientes.

**Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.** La técnica utilizada en el proceso de selección de pacientes es el muestreo sistemático. -Criterios de inclusión: iniciar el consumo de uno o más fármacos de forma transitoria o permanente; controles estables de INR (los dos últimos controles dentro del rango) en el momento de incorporarse al estudio; ausencia de enfermedades graves que requieran hospitalización. -Criterios de exclusión: aparición de un INR fuera de rango; fin del consumo del nuevo fármaco; fin del estudio, aunque continúe tomando el fármaco que motivó su inclusión en el mismo. En estas tres circunstancias se da por finalizado el seguimiento.

**Mediciones e intervenciones.** -Determinación del INR al inicio y al final de la introducción del nuevo fármaco. En caso de desajustes en la medida, se modificará la dosis total semanal (DTS) de anticoagulante según protocolo. -Registro de la fecha de entrada al estudio. -Registro de la fecha y estado al finalizar el seguimiento. -Estado al cierre del estudio. -Fármaco

cos nuevos que motivan el inicio del seguimiento (grupos terapéuticos y principios activos). -Clasificación de las interacciones detectadas. -Edad, sexo, tratamiento habitual y enfermedades crónicas. Se informará a los pacientes para evitar durante el seguimiento los cambios en la dieta, el consumo de fármacos no prescritos y favorecer el cumplimiento del tratamiento según indicación de su médico. La duración del estudio será de 1 año.

**Análisis estadístico.** Análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión. Para describir la probabilidad de ocurrencia y la evolución de la tasa de incidencia de interacciones se hará un análisis de la supervivencia. Para valorar el riesgo y la supervivencia de los sujetos con un determinado patrón de valores en las variables predictoras, se realizará, si se cumplen las condiciones de aplicación, un modelo de regresión de Cox.

**Limitaciones.** Las limitaciones del estudio son la ausencia de aleatoriedad en la selección de la muestra y la presencia de variables de confusión que no se hayan recogido para su control con el análisis de regresión.

**Aplicabilidad.** Los anticoagulantes están frecuentemente implicados en interacciones farmacológicas, con potenciales y graves complicaciones. La detección precoz de desajustes en el INR es prioritaria para prevenirlos. El estudio va a permitir la valoración de la incidencia y el riesgo de dichas interacciones cuando causan alteraciones analíticas, lo que permitirá estructurar un protocolo para la monitorización ambulatoria del INR en estos pacientes cuando se produce un cambio en su medicación habitual.

**Aspectos éticos-legales.** Se solicita a todos los participantes el consentimiento informado previo a la inclusión en el estudio.

## P235 REPRODUCTIBILIDAD DEL DIAGNÓSTICO ELECTROCARDIOGRÁFICO DE LOS CRITERIOS DE VOLTAJE DE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA

J. Colomé, S. Audi Lapiedra, B. Ania Zubiaur, N. Calbet Pelàez, C. Argañaraz Broggi y E. Vinyolas

CAP La Mina. Sant Adrià de Besòs. Cataluña.  
Correo electrónico: doctormia@hotmail.com

**Objetivos.** La prueba estándar para el diagnóstico de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) es el Ecocardiograma, pero en la práctica clínica habitual el diagnóstico se hace por los criterios de voltaje electrocardiográficos: índice de Sokolow-Lyon (I-SL); Voltaje de Cornell (VC). Se ha observado que estos criterios se ven influenciados por variables como el sexo, el IMC, la edad o la lectura que hace el médico. La bibliografía revisada apunta que "la reclasificación", (pasar de estar diagnosticado de HVI a no estarlo o a la inversa) es muy amplia. Sin embargo, se desconocen cuáles son las variables predictoras de mala concordancia y en qué casos se debería repetir un ECG.

En nuestro estudio queremos medir la reproducibilidad de los criterios de voltaje de HVI en dos ECGs realizados en un corto periodo de tiempo en un mismo paciente, evaluar las variables predictoras de mala reproducibilidad de los criterios de voltaje de HVI, la reproducibilidad de los cambios inespecíficos del segmento terminal del ECG y la variabilidad inter e intra observador.

**Tipo de estudio.** Se trata de un estudio de intervención diagnóstica. Cada lector leerá cada ECG dos veces, en días diferentes, sin poder identificarlos y sin saber si es el primer o segundo ECG. Calculará en cada caso los criterios de voltaje de Cornell y Sokolow en milímetros. Se codificarán los cambios en el segmento terminal del ECG según el Código de Minnesota y los criterios del Pooling Project.

**Ámbito del estudio.** Paciente atendidos en 13 consultas del centro de salud.

**Sujetos.** 250 pacientes.  
**Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.** Pacientes hipertensos mayores de 18 años. Se excluirán pacientes con bloqueos de rama, cardiopatía isquémica o pacientes que requieran ser rasurados para la realización del ECG. Se seleccionarán por muestreo a conveniencia a pacientes hipertensos atendidos en 13 consultas.

**Mediciones e intervenciones.** Variables: género, edad, índice de masa corporal, perímetro abdominal, factores de riesgo cardiovascular y patología concomitante, VC, I-SL, ondas T y segmentos ST mayores y menores (código de Minnesota-Pooling Project) Intervención: Práctica de 2 ECG separados como máximo de 10 días y como mínimo de 1, con el mismo electrocardiógrafo, pero realizados por dos profesionales diferentes.

**Análisis estadístico.** Para evaluar la relación entre las variables categóricas apareadas se utilizará la prueba de McNemar y el índice kappa. Para el

análisis de la concordancia entre los voltajes se utilizará el coeficiente de correlación intraclass en su expresión simplificada para un modelo de efectos fijos. Para evaluar las diferencias entre los distintos valores de voltaje, se aplicará el método de Bland-Altman, entre ambos ECG. Para la predicción de mala concordancia entre ambos ECG, se aplicará la regresión lineal que incluirá las variables con  $p < 0,15$  en el modelo bivariente. **Limitaciones.** Falta de ecocardiograma para establecer un diagnóstico seguro de HVI.

**Aplicabilidad.** Si establecemos que en un subgrupo de pacientes, con unas determinadas características, es necesario realizar más de un ECG para hacer un diagnóstico de HVI, podremos mejorar la rentabilidad diagnóstica del ECG.

**Aspectos éticos-legales.** Se hará firmar un consentimiento informado. Cada ECG se codificará para anonimizarlo e identificarlo posteriormente.

## P236 RELACIÓN ENTRE CARTERA DE SERVICIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA, NIVELES DE RESOLUCIÓN, COSTE ECONÓMICO Y RESULTADOS DE SALUD

M. Llagostera Español, A. Romaguera Lliso, D. Ortíz Vives, J. Moreno Bella, J. Fraj Lázaro y J. Monedero Boado

Ámbito Costa de Ponent. Hospitalet. Cataluña.  
Correo electrónico: mllagostera.cp.ics@gencat.net

**Objetivos.** -Conocer si existe correlación entre la cartera de servicios (CS) ofertadas en los Centros de Atención primaria (CAP), el grado de resolución (derivación a la atención especializada (AE), solicitud de pruebas complementarias), los resultados de salud y el cumplimiento presupuestario.

**Tipo de estudio.** -Estudio observacional, descriptivo transversal.

**Ámbito del estudio.** Ámbito sanitario de atención primaria, urbano/rural y semirural, año 2006, adscritos a 6 Servicios de Atención Primaria (SAP), que dan cobertura sanitaria a 1.345.000 habitantes.

**Sujetos.** Entrevista a los directores y/o adjuntas de dirección de los 56 CAP del territorio.

**Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.** Todos los CAP del ámbito sanitario.

**Mediciones e intervenciones.** Por cada EAP: -Descripción de los niveles de cumplimiento de la CS: 10 apartados: 1. Servicios de soporte, trámites y gestiones; 2. Atención a la demanda asistencial; 3. Actividades preventivas; 4. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos; 5. Atención familiar y social; 6. Actividades comunitarias y de vigilancia de la salud; 7. Coordinación con otros niveles e instituciones; 8. Formación y docencia (8.a Docencia post-graduada); 9. Investigación; y, 10. Organización y gestión de la calidad. En cada apartado se definen tres niveles de resolución. (Nivel 1: 125 ítems, Nivel 2: 65 ítems, Nivel 3: 48 ítems). -Descripción de los niveles de derivación a AE: derivaciones a especialistas/1000 habitantes (Cardiología, Reumatología, Traumatología, Neumología, Endocrinología y Salud Mental), y pruebas complementarias/1000 habitantes. -Descripción de los resultados del EQA, indicador sintético asistencial que valora un conjunto de 32 indicadores clínicos (tabaquismo, enolismo, vacunaciones, EPOC, HTA, DM2, enf. cardiovascular, cardiopatía isquémica, arritmia cardíaca, insuficiencia cardíaca, enf. cerebrovascular, atención domiciliaria, obesidad infantil, asma infantil, medicina preventiva pediátrica). -Datos del seguimiento del presupuesto.

**Análisis estadístico.** Análisis descriptivo de los ítems de la CS por CAP y por SAP.

Análisis multivariante, utilizando como variable dependiente los ítems de la CS conseguidos, y como variables independientes los diferentes valores de los CAP (rural/urbano, presión asistencial, envejecimiento de la población, docencia, cumplimiento del presupuesto, derivaciones y pruebas complementarias ponderadas por población).

**Limitaciones.** La diversidad de procesos asistenciales y la heterogeneidad de los diferentes CAP dificulta la definición exhaustiva de la CS. También hemos encontrado dificultades en establecer límites entre el nivel primario y el especializado. El alejamiento de los CAP de los hospitales podría influir en el grado de resolución de los CAP. Debido al origen cualitativo de gran parte de los datos del cuestionario, es posible que exista un cierto grado de subjetividad en el momento de determinar el grado de consecución de la prestación. Por ello pensamos que el estudio de correlación entre los datos cualitativos de CAP y los datos cuantitativos de los indicadores del AG puede ser útil como instrumento de validación del trabajo realizado por la encuesta.

*Aplicabilidad.* Instrumento de gestión útil para garantizar la protección de la salud y la equidad, accesibilidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos, al coste adecuado.

*Aspectos éticos-legales.* Autorización de la Gerencia de ámbito.

## P237 EL EJERCICIO Y LA RELAJACIÓN, ¿PUEDEN AYUDAR POSITIVAMENTE A NUESTROS PACIENTES CON FIBROMIALGIA?

M. Badenes Mezquita, C. Rambla Vidal, O. Esteso Hontoria, M. Solà Gonfaus, E. Marcos Dalmau y B. Fuentes Bautista

CAP Valls Urbà. CAP Les Planes. CAP Jaume Soler. Valls (Tarragona). Sant Joan Despi (Barcelona). Cornellà (Barcelona). Cataluña. Correo electrónico: mariabad@camfic.org

*Objetivos.* Valorar si existe mejoría de sintomatología y calidad de vida percibidas por paciente diagnosticado de fibromialgia tras intervención no farmacológica.

Comparar respuesta terapéutica pacientes fibromiálgicos según tipo de intervención y que ésta sea autoadministrada o grupal.

*Tipo de estudio.* Estudio multicéntrico, prospectivo, aleatorizado, controlado con placebo, de grupos paralelos.

*Ámbito del estudio.* Centros Atención Primaria urbanos.

*Sujetos.* Población adscrita a los equipos de Atención Primaria de tres Centros diagnosticada de fibromialgia según datos obtenidos en historia clínica.

*Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.* Inclusión: Edad 18-75 años; ambos sexos, diagnóstico fibromialgia según programa informático en fecha 30 mayo 2007. Exclusión: Patología de base que contraindique la realización de ejercicio. Negativa a participar. Muestreo: Elaboración listado pacientes mediante búsqueda informática código fibromialgia (n = 572), aleatorización de grupos.

*Mediciones e intervenciones.* Mediante encuesta guiada por entrevistador, obtendremos variables: 1. Sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, profesión, situación laboral. 2. Antecedentes familiares: fibromialgia, depresión-ansiedad, dolor crónico. 3. Diagnóstico: dolores > 3 meses evolución, 3 de 4 cuadrantes, puntos gatillo: 11 de 18 positivos. 4. Dolor: EVA, tiempo evolución, frecuencia. 5. Puntos gatillos: en cada zona se realiza presión digital hasta cambio coloración subungueal dedo explorador. 6. Tratamiento farmacológico dolor (nombre medicamento, distribución dosis), respuesta al tratamiento; cuestionario cumplimiento. 7. Tratamiento no farmacológico: tipo, duración, frecuencia. Se administrarán los siguientes cuestionarios: 1. Perfil de Salud de Nottingham. 2. Test validado sobre calidad de vida en fibromialgia: FIQ. 3. Cuestionario internacional de actividad física: IPAQ. 4. Cuestionario de autoeficacia en dolor crónico. 5. Escala de Holmes-Rahe: escala de situaciones vitales generadoras de estrés. 6. Cuestionario de satisfacción. Intervención: Se aleatorizarán los grupos y se asignarán a grupo: -Grupo control: sin intervención. -Grupo intervención autoadministrada al que se proporciona CD con técnicas de relajación. -Grupo intervención autoadministrada al que se proporciona CD con técnicas de relajación. -Grupo de intervención grupal al que se imparten técnicas de relajación en centro. -Grupo de intervención grupal que acude a caminar supervisado y al que se imparten técnicas de relajación en centro. Las técnicas de relajación, tanto en el material gráfico como in situ, están divididas en 7 sesiones, correspondientes a 1 sesión por semana. El ejercicio consistirá en caminar 20 minutos diarios 2 veces a la semana durante 7 semanas. Los tests se administrarán al inicio del estudio, a los 3, 6, 12 meses.

*Análisis estadístico.* Tratamiento estadístico descriptivo de proporciones y medianas observadas, con IC: 95%. Evaluación de asociación entre variables cuantitativas utilizando  $\chi^2$  y comparación de medianas de t-Student, considerando diferencias significativas ( $p < 0,05$ ). Análisis principal de la eficacia: efecto de la intervención valorado por variación media respecto a basal.

*Limitaciones.* Dificultad cumplimiento de la intervención por el paciente. Disponibilidad de profesionales para realización intervención y para seguimiento. Seguimiento progresivo de la evolución del paciente.

*Aplicabilidad.* Los tratamientos no farmacológicos pueden tener su espacio dentro de la terapia multidisciplinar de las patologías crónicas en atención primaria. Esta estrategia puede ser la base para iniciar intervenciones no farmacológicas en el contexto del abordaje comunitario de patologías prevalentes con gran repercusión sociolaboral.

*Aspectos éticos-legales.* Consentimiento informado explícito previo. Seguimiento progresivo pautado de todos los pacientes. Vigilancia estricta de la salud global del paciente, abandono intervención ante sintomatología.

## P238 PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO GASTROPROTECTOR EN PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

J. Cordero Guevara, F. Cubero Huertas, R. Merino Bermejo, M. Pereda Riguera y J. Torres Jiménez

Gerencia Atención Primaria, CS García Lorca y CS San Agustín. Burgos. Castilla y León.

Correo electrónico: drzipaco@yahoo.es

*Objetivos.* Objetivo principal: evaluar la indicación de gastroprotección en los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del hospital General Yagüe a los que se les prescriben AINE. Objetivo secundario: estimar la prescripción de AINE a los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General Yagüe.

*Tipo de estudio.* Estudio descriptivo transversal.

*Ámbito del estudio.* Servicio de urgencias del Hospital General Yagüe, zona de salud de Burgos.

*Sujetos.* Todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General Yagüe durante una semana del primer semestre de 2006 elegida al azar.

*Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.* Se identificará a todos los pacientes a los que se les haya prescrito AINE en urgencias y, en todos ellos se registrará la prescripción o no de Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) o misoprostol, así como si esta prescripción se ajusta o no a alguna de las indicaciones de la Asociación Española de Gastroenterología y la Sociedad Española de Reumatología.

*Mediciones e intervenciones.* Procedimientos: Los datos se obtendrán de las hojas de urgencias del Hospital General Yagüe. Variables: Las variables a recoger de todos los pacientes incluidos en el estudio serán: Edad, sexo, día de la semana y hora en que fue atendido en urgencias y si se le prescribió o no AINE en urgencias. Las variables a recoger en los pacientes atendidos en urgencias a los que se les prescribió AINE serán: diagnóstico o motivo de consulta, prescripción o no de IBP o misoprostol, presencia o no de indicación de gastroprotección de acuerdo a las recomendaciones de la Asociación Española de Gastroenterología y la Sociedad Española de Reumatología.

*Análisis estadístico.* Se realizará fundamentalmente un análisis descriptivo con distribución de frecuencias para las variables cualitativas y media y desviación estándar para las cuantitativas. La comparación de porcentajes se realizará mediante pruebas de  $\chi^2$  cuadrado y la de medias mediante t de Student o análisis de varianza (o sus correspondientes pruebas no paramétricas en caso de no cumplirse las condiciones de aplicación). Los intervalos de confianza se calcularán a un nivel del 95% y el nivel de significación será del 5%. Los datos serán analizados con los programas Epidat 3.1 y SPSS versión 7.5.

*Limitaciones.* Prescripción de AINEs en servicio de urgencias.

*Aplicabilidad.* Los resultados de este estudio servirán para una mejor prescripción de fármacos gastroprotectores en pacientes que vayan a tomar AINE prescritos en los servicios de urgencia hospitalaria de acuerdo con las recomendaciones vigentes.

*Aspectos éticos-legales.* La adecuada prescripción de fármacos más un uso racional de los recursos del sistema sanitario público redundan en la sostenibilidad, eficacia y eficiencia del mismo, a la vez que se proporciona un acto médico adecuado y de calidad al paciente.

## P239 EFECTIVIDAD DE UNA FORMACIÓN SOBRE TABAQUISMO EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO Y CONTROLADO

E. Olano Espinosa, J. Granados Garrido, B. Matilla Pardo, C. Minué Lorenzo, H. Ortiz Marrón y C. Arce García

Área 11. Servicio Madrileño de Salud. Dirección General de Salud Pública y Alimentación de Madrid. Madrid. Madrid.

Correo electrónico: e\_oceoeoe@hotmail.com

*Objetivos.* Estudiar la efectividad de una intervención formativa en los profesionales sanitarios de APS sobre: 1. La mejora de las tasas de abstinencia del tabaco a seis meses de sus pacientes. 2. La administración de las intervenciones para el abandono del tabaco. 3. La percepción del riesgo, actitud frente al tabaco y ejercicio de la función modelica de los profesionales.

*Tipo de estudio.* Ensayo clínico controlado y aleatorizado por conglomerados.

*Ámbito del estudio.* Atención Primaria de Salud (APS).

**Sujetos.** Unidad de Aleatorización: Centros de Salud (CS), estableciendo grupo intervención y control (I/C) Unidad de intervención: los 980 médicos y enfermeras de los CS.

**Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.** CS de un Área de Salud.

**Mediciones e intervenciones.** Encuesta de necesidades formativas en tabaquismo Intervención formativa descentralizada. Valoración de asistencia y encuesta de satisfacción Encuesta de conocimientos, aptitudes y actitudes de los profesionales frente al tabaco en los grupos de intervención Recogida de datos de proceso y resultados cegada a la asignación.

**Análisis estadístico.** por intención de tratar, incluyendo como grupos I/C el conjunto de sujetos de cada unidad de aleatorización. 1. Descriptivo. Variables cuantitativas descritas por medidas de tendencia central y dispersión. Variables cualitativas por proporción y desviación estándar. Descripción y comparación de características de sujetos en los grupos I/C para comprobar la eficacia de la aleatorización. 2. Inferencial. Comparación porcentaje de abstinencia entre el grupo I/C sobre el total de sujetos (comparación de proporciones con prueba z). Construcción de intervalos de confianza. Modelo de regresión lineal múltiple explicativo; variable dependiente la tasa de abstinencia y la independiente la asignación al grupo I/C ajustada por factores de confusión. Comparación en ambos grupos de las medias de variables de proceso (t de Student o U de Mann-Whitney). Comparación de percepción del riesgo, actitudes frente al tabaco y función modelica de los profesionales de ambos grupos (prueba z). Modelo de regresión lineal múltiple cuya variable dependiente sean los profesionales con actitudes positivas en las escalas y la independiente la asignación al grupo I/C ajustada por potenciales factores de confusión. Cálculo de intervalo de confianza del 95% con corrección del "efecto diseño".

**Limitaciones.** Sesgos de información por el volumen de información y la fuente. Sesgos de selección: El "efecto diseño" hace que la precisión sea entre 1,5 y 3 veces menor que si procediese de una aleatorización simple.

**Aplicabilidad.** Si se demuestra la efectividad de la intervención propuesta podremos mejorar la planificación y eficiencia de los recursos, instaurando un modelo de formación efectivo para la disminución de la prevalencia del tabaquismo en nuestra sociedad, lo cual redundaría, en una disminución de la morbilidad y de la mortalidad asociada y en una liberación a medio plazo de recursos.

**Aspectos éticos-legales.** No.

## P240 HAPPY AUDIT: UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN ESPAÑA

*Grupo de Infecciosas*

Se llevará a cabo en 9 CC.AA. Cataluña.

Correo electrónico: carles.llor@urv.cat

**Objetivos.** Las infecciones de las vías respiratorias (ITR) constituyen los procesos infecciosos más frecuentes en atención primaria. La mayor parte de ellas presenta una etiología viral y suele remitir de manera espontánea. A pesar de que tan sólo un reducido número de casos es grave, el temor por parte del médico influye en la prescripción de antibióticos. Como consecuencia de la administración excesiva de antibióticos, numerosas bacterias están adquiriendo resistencia a diversos antimicrobianos y el aumento de la prevalencia de cepas bacterianas resistentes constituye actualmente un problema a nivel mundial. El proyecto HAPPY AUDIT (Health Alliance for Prudent Prescribing Yield And Use of anti-microbial Drugs In the Treatment of Respiratory Tract Infections) es un estudio subvencionado por la Unión Europea en el que participarán 450 médicos de Dinamarca, Suecia, Lituania, Rusia, Francia, España y Argentina entre 2007 y 2010, 210 de ellos en España. En un estudio piloto efectuado en Cataluña se ha visto como la metodología audit. reduce la prescripción antibiótica de un 36% a un 24% de las consultas por ITR. El propósito de este estudio es múltiple: -Comparar la prescripción de antibióticos en pacientes con infecciones de vías respiratorias en los distintos países participantes. -Reducir la prescripción de antibióticos innecesarios en infecciones de vías respiratorias. -Mejorar la selección de antimicrobianos en cuadros con sospecha de etiología bacteriana. -Mejorar la calidad de los procedimientos diagnósticos en las infecciones de vías respiratorias en la consulta de Atención Primaria.

**Tipo de estudio.** Estudio de garantía de calidad.

**Ámbito del estudio.** Atención primaria de salud.

**Sujetos.** 210 médicos en 9 Comunidades Autónomas.

**Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.** Selección de médicos de forma voluntaria.

**Mediciones e intervenciones.** Este estudio llevará a cabo varios ciclos de AUDIT mediante el registro inicial de los casos en una sencilla plantilla de registro, la fase de intervención (sesiones de formación y taller en la utilización de métodos diagnósticos específicos para infecciones de vías respiratorias -Strep A y PCR- y el registro final. Por último, se analizará la información recogida y se distribuirán los resultados a los médicos participantes en diversas reuniones y cursos en los que se elaborarán conclusiones y recomendaciones con el objetivo de preparar material para su difusión a través de los medios de comunicación.

**Análisis estadístico.** Estadística descriptiva de los resultados.

**Limitaciones.** Voluntariedad de inclusión de médicos.

**Aplicabilidad.** A todos los médicos de atención primaria de España.

**Aspectos éticos-legales.** Cumple con los requisitos ético-legales de los estudios de mejora de calidad.

## P241 MODELO EXPERIMENTAL DE PORTFOLIO INFORMATIZADO CONTRASTADO CON EL MODELO ACTUAL, EN POBLACIÓN DE RESIDENTES DURANTE LOS AÑOS 2007-2010 EN EL ÁREA BÁSICA DEL BAIX LLOBREGAT

*C. Rodríguez Quevedo, J. Toll Clavero (tutor) y M. Martí Nogué (tutor)*

EAP La Gavarra. Cornellà de Llobregat. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 41204crq@comb.es

**Objetivos.** Elaborar e implementar un nuevo modelo de portfolio informatizado que permita incrementar el grado de satisfacción del usuario, mejorar el nivel de cumplimentación, disminuir el tiempo necesario para su cumplimentación. Comparar el modelo informatizado con el modelo actual.

**Tipo de estudio.** Estudio analítico longitudinal con intervención experimental aleatorizada.

**Ámbito del estudio.** Área básica del Baix Llobregat

**Sujetos.** Residentes del área básica del Baix Llobregat.

**Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.** Criterios de inclusión: -Haber comenzado la residencia durante el período de estudio. Criterio de exclusión: -Negarse voluntariamente a participar. Muestreo: -Se incluirá a la totalidad de los sujetos de estudios que cumplan criterios de inclusión y que no tengan criterios de exclusión.

**Mediciones e intervenciones.** -Se constituirá un equipo de investigadores motivados en el tema. -Se recopilarán los documentos existentes además del portafolio, y que están orientados como herramientas de planificación y de ayuda a la adquisición de competencias. -Se diseñará un sistema informático simple pero completo que sirva como ayuda integral en la formación profesional del médico residente. -Se aplicará una prueba piloto para validación del nuevo modelo informatizado, la cual se aplicará en voluntarios profesionales no pertenecientes a la población de estudio. -Se corregirá el modelo informatizado según los resultados de la prueba piloto -Se aleatorizará la población de estudio por ABS: Grupo control (modelo actual), Grupo Experimental (Portfolio Informatizado) -Se recopilarán los consentimientos informados. -Se aplicará el portafolio según grupo de asignación. -Se recopilarán variables de interés: Grado de satisfacción del usuario, Nivel de cumplimentación, tiempo empleado, utilidad en la adquisición de competencias.

**Análisis estadístico.** Se realizará una valoración cualitativa del grado de satisfacción de los usuarios. Se determinarán medidas de tendencia central y de dispersión de las variables de estudio. Se aplicarán pruebas de comparación de grupo (Pruebas no paramétricas: U de Mann Whitney, Kruskal Wallis) Se utilizará el programa estadístico STATA 9.0, SPSS 12.

**Limitaciones.** Recursos económicos para implementar un sistema informatizado complejo, eficaz, simple.

**Aplicabilidad.** El modelo de portfolio actual ha sido concebido como una importante herramienta de recopilación de información y documentación orientado a la adquisición de competencias profesionales; existen además, varios documentos que el médico residente debe cumplimentar y que se orientan con finalidades complementarias. El exceso de tiempo necesario para cumplimentar la documentación hace que se infravalore la utilidad del portafolio.

**Aspectos éticos-legales.** Se solicitará la aprobación del Comité de evaluación ético de la institución. Se solicitará consentimiento informado a todos los sujetos de estudio.