



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



XXXVIII Congreso de la semFYC

Barcelona, 10-12 de mayo de 2018

PRÓLOGO

Confiamos en nuestra fuerza es el lema elegido por el comité del XXXIX Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, (semFYC), que se celebró en Málaga en mayo de 2018.

La sanidad es como ese *castell*, aúna los esfuerzos de todos los profesionales sanitarios para dar la mejor atención al paciente.

Todos formamos parte de esa estructura, todos somos responsables de su estabilidad y competencia, pero la fuerza que sustenta nuestra sanidad es la Atención Primaria; somos los médicos de familia que trabajando en equipo, cohesionados, organizados, con esfuerzo, con profesionalidad y con gran preparación construimos nuestro castell: la sanidad.

Las tres líneas estratégicas del congreso:

1. Avanzando en la mejora de la Atención Primaria. Somos el eslabón imprescindible del sistema sanitario. Estamos trabajando para una Atención Primaria fuerte.

2. Tecnología: de la teoría a la práctica. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) forman parte de nuestra vida cotidiana y también del ámbito profesional. El crecimiento exponencial de posibilidades, desde las aplicaciones al Big Data nos obligan a reflexionar y utilizarlas como una oportunidad de mejora.
3. Buenas prácticas. Reflexionar sobre las buenas prácticas es uno de los valores de la medicina de familia. Debatir sobre dónde estamos después de la medicina basada en la evidencia. Sin olvidar los aspectos éticos de la relación médico-paciente.

Dra. Gisela Galindo Ortego
Vicepresidenta JP semFYC

Dra. Remedios Martín Álvarez
Vocal Investigación JP semFYC
Enlace de JP en el Congreso semFYC
Barcelona 2018

Mejor Comunicación de Investigación - 1^{er} premio

EL NUEVO CUESTIONARIO CATDRISC (CATALAN DIABETES RISK SCORE) AUMENTA EL RENDIMIENTO DEL MÁS DIFUNDIDO (FINDRISC) PARA PREDECIR A 10 AÑOS LA INCIDENCIA DE LA DIABETES EN ATENCIÓN PRIMARIA (ORAL)

Francisco Barrio Torrell¹, Francesc Xavier Cos Claramunt², Claustre Sole Brichs³, Susanna Dalmau Vidal¹, Bernardo Costa Pinel¹

¹CAP Sant Pere. IDIAP Jordi Gol. Reus (Tarragona). ²CAP Sant Martí. IDIAP Jordi Gol. Barcelona. ³CAP El Carmel. IDIAP Jordi Gol. Barcelona. Grupo de Investigación en Prevención de la diabetes IDIAP Jordi Gol.

Objetivos: Desarrollar un nuevo cuestionario que aumente el rendimiento de FINDRISC (*Finnish Diabetes Risk Score*) como herramienta de predicción a 10 años de la incidencia de diabetes en atención primaria catalana.

Métodos: Estudio transversal previo a la intervención DE-PLAN (*Diabetes in Europe—Prevention using Lifestyle, Physical Activity and Nutritional intervention*) en Cataluña (DE-PLAN-CAT) con participación de 18 centros de atención primaria. Se realizó un doble cribado (sujetos 45-75 años sin diabetes), mediante cuestionario FINDRISC (8 ítems, puntuación total de 0 a 26 puntos) y sobrecarga oral de glucosa, que también se repitió tras 10 años de seguimiento. Se estableció el grado de asociación entre factores de riesgo y diagnóstico mediante regresión logística múltiple (OR), incluyendo el sexo, como base para generar la puntuación de la nueva escala CATDRISC (*Catalan Diabetes Risk Score*), conservando la dimensión (0-26). Se evaluó el área debajo de la curva ROC y los puntos de corte óptimos que maximizaban sensibilidad y especificidad.

Resultados: Completaron el cuestionario FINDRISC un total de 3.120 participantes (85,5% de respuesta) y aceptaron la sobrecarga oral de glucosa 1.773 sujetos (57%) en cribado. Tras 10 años se evaluó a 982 participantes obteniendo una incidencia acumulada de diabetes del 41,8%. El rendimiento de FINDRISC para detectar diabetes desconocida fue 0,705 (IC95%: 0,664-0,747) en cribado y 0,734 (0,702-0,765) a los 10 años. El mejor punto de corte fue 14: sensibilidad = 75,6%, especificidad = 52,9% y sensibilidad = 74%, especificidad = 60,4% respectivamente. El rendimiento de CATDRISC (7 ítems modificando FINDRISC con la introducción del sexo y la limitación de los antecedentes familiares sólo a los de primer grado) fue 0,761 (0,724-0,799) en cribado y 0,772 (0,743-0,802) a los 10 años. Su mejor punto de corte fue 13: sensibilidad = 70,8% y especificidad = 67,7% en cribado; y sensibilidad = 64,5% y especificidad = 75,3% a los 10 años.

Conclusiones: El cuestionario CATDRISC, desarrollado a partir del FINDRISC pero más sencillo, aumenta su rendimiento para la predicción a largo plazo de la diabetes en la población atendida de 45-75 años en atención primaria.

Aplicabilidad: La escala CATDRISC, más sencilla que FINDRISC, mejora su rendimiento predictivo y adaptación a la atención primaria. Su uso dirigiría las intervenciones hacia los sujetos de mayor riesgo facilitando una estrategia más eficiente en prevención de la diabetes.

Ayudas o fuentes de financiación: (1) Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad de España y Fondo Europeo de Desarrollo Regional (ERDF/FEDER): acuerdos de subvención PI14/00122, PI14/00124 y las opciones PI19/00192 y

PI19/00058; (2) Fundació la Marató de TV3 (becas 2015 para proyectos de investigación); (3) Sociedad Española de Diabetes (Beca Guido Ruffino 2015 para proyectos de investigación en educación terapéutica); (4) Departament de Salut, Generalitat de Catalunya: ajut PERIS 2016-2020 SLT002/16/00154 y SLT002/16/00045.

Palabras clave: Diabetes. Prediabetes. Evaluación de riesgos.

Mejor Comunicación de Investigación - 2^o premio

ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA TOTAL POST-TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO DEL ICTUS ISQUÉMICO DESDE LA IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS: DIFERENCIA POR SEXO Y FACTORES ASOCIADOS

Maria Rosa Ripollés Vicente¹, Josep Lluís Clúa Espuny², Cristina Calduch Noll³, Marta Sánchez Gomis⁴

¹CAP El Temple. Tortosa (Tarragona). ²EAP Tortosa-Est. Tortosa (Tarragona). ³CAP Alcanar. Alcanar (Tarragona). ⁴CAP El Temple. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona).

Objetivo: Investigar si hay relación entre el sexo y la supervivencia después de un episodio de ictus tratado con fibrinólisis.

Métodos: Diseño: estudio de cohortes. Emplazamiento: Atención primaria. Participantes: todos los casos tratados con fibrinólisis por un ictus agudo desde 01/04/2006 a 31/12/2015. Intervenciones: seguimiento del estado vital y factores asociados hasta final estudio 30/06/2016. Mediciones principales: Riesgos vasculares: escala Framingham, REGICOR, CHA₂DS₂-VASc, Essen, NIHSS, índice de Barthel; y análisis de la supervivencia por Kaplan-Meier; bivariado entre supervivientes y fallecidos y multivariante de Cox.

Resultados: 128 pacientes con edad media H 70,6 ± 10,9 y M 68,03 ± 13,5 años. Los hombres tienen mayor riesgo cardiovascular basal y realizan prevención cardiovascular primaria y mayor porcentaje de fumadores activos. El tiempo medio de seguimiento fue de 4,6 ± 3,29 años. La supervivencia entre las mujeres a final estudio fue del 83% y en los hombres 58,7% (p < 0,04). Los fallecidos en relación a los supervivientes son mayores (p 0,046); y mayor riesgo de recidiva de ictus (p < 0,001), y una mayor caída en la puntuación Barthel un año después del ictus (p < 0,09), entre los vivos existe mayor prevención secundaria a los 3 meses y al año post-ictus (p < 0,001) y mayor autonomía a alta (p < 0,015). El porcentaje de muertes es significativamente más alto cuando el paciente es derivado a centros de agudos o de larga estancia en relación a aquellos derivados a domicilio, pero sólo el sexo (HR 5,61, IC95% 1,86-16,9), la edad (HR 6,96, IC95% 1,15-42,0), la HTA (HR 5,49, IC95% 1,46-20,6) y prevención cardiovascular secundaria antes ictus (HR 3,36, IC95% 1,16-9,7) y post-ictus (HR 0,232, IC95% 0,75-0,71) se asociaron con la mortalidad de los pacientes.

Conclusiones: Después de un episodio de ictus tratado con fibrinólisis, los hombres tienen un mayor riesgo de morir que las mujeres y junto con edad, la HTA y prevención cardiovascular secundaria aumentan el riesgo de mortalidad independientemente al sexo.

Aplicabilidad: El impacto de la enfermedad cerebrovascular (ECV) en mortalidad y discapacidad junto con el en-

vejecimiento de la sociedad otorgan a la atención primaria una mayor responsabilidad en minimizar estos efectos, con un mejor control de los factores de riesgos más relevantes como, la HTA y la fibrilación auricular, en la prevención primaria como en la secundaria, y en reconocimiento del código ictus. La atención primaria forma el eje central del manejo ECV, por ello debemos mantener el compromiso de formación continua tanto en el reconocimiento del ictus como en su prevención secundaria. Posteriormente, en el cumplimiento de la fase de rehabilitación y en la valoración individual de su reinserción social. Es esencial, establecer un protocolo de control post ictus, que revise la situación clínica al alta, la cognitiva-emocional y funcional, con escalas validadas como son la valoración cognitiva por la escala minimental de Lobo, la de ansiedad y depresión de Goldberg, escala de funcionalidad para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria como el índice de Barthel, y la valoración domiciliar conjunta con servicios sociales para detectar disfunciones en la reinserción familiar y social de nuestros pacientes, y actuar precozmente en ellas.

Palabras clave: *Ictus. Supervivencia. Fibrinólisis.*

Mejor Proyecto de Investigación

EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN DE FORMACIÓN Y LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA ALERTA ELECTRÓNICA EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA PARA MEJORAR EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL VIH Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO (ORAL)

Cristina Agustí Benito¹, Jesús Almeda Ortega², Alexandra Montoliu Giménez¹, Juanjo Mascort Roca³, Ricardo Carrillo Muñoz⁴

¹CEEISCAT-Agència Salut Pública de Catalunya. Barcelona. ²CAP Cornellà -3 (La Gavarra). Cornellà (Barcelona). ³CAP Florida Sud. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). ⁴EAP La Florida Sud. UGEAP L'Hospitalet Nord. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Objetivos: El objetivo general del proyecto es evaluar la implementación de dos intervenciones consistentes en una formación online dirigida a médicos/as de familia (MF) y enfermeros/as (ENF) para la correcta elaboración de la historia sexual en Atención Primaria (AP), y, la programación de una alerta electrónica en la historia clínica informatizada para recordar realizar el cribado de VIH/ITS a los pacientes a riesgo para la adquisición de estas infecciones.

Métodos: Ensayo clínico aleatorizado por conglomerados. La población de estudio son MF y ENF miembros de los Equipos de Atención Primaria (EAP) del Instituto Catalán de la Salud (ICS) del Área Metropolitana Norte y Sur. Los EAPS participantes se asignan de forma aleatoria en 4 grupos de estudio: Grupo Formación (implementación de sólo la formación), Alerta (implementación de sólo la alerta), Combinado (implementación de ambas intervenciones) y Control (ninguna intervención). La eficacia de las intervenciones se evaluará comparando el porcentaje de pruebas de VIH, sífilis, clamidia, gonorrea y hepatitis B y C realizadas en pacientes asignados a los EAP participantes.

Resultados: Se espera que tanto la implementación de la formación online como la programación de la alerta incrementen significativamente la tasa de realización de la prueba del VIH y otras ITS. Ambas intervenciones pueden desplegarse fácilmente y con un coste relativamente reducido en todos los centros de AP del ICS. El proyecto tiene, por tanto, la potencialidad de mejorar el diagnóstico precoz del VIH y otras ITS en AP en Cataluña a nivel poblacional resultando en una disminución del diagnóstico tardío y del número de casos de estas infecciones en Cataluña.

Aspectos ético-legales: El estudio se desarrolla respetando los principios fundamentales establecidos en la redacción actual de la Declaración de Helsinki. Los registros incluidos en la base de datos del SIDIAP son anónimos por lo que no se necesita consentimiento informado: todos los códigos de identificación de pacientes y EAP están encriptados lo que imposibilita la identificación de los sujetos por parte del equipo investigador. La confidencialidad de los sujetos incluidos en el estudio queda garantizada conforme lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de datos de carácter personal (15/1999 de 13 de diciembre, LOPD). El proyecto ha sido evaluado por el Comité ético de investigación del Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol.

Financiación: El estudio está financiado por el Departamento de Salut de la Generalitat de Catalunya (Convocatoria PERIS 2016) y ViiV Healthcare.

Aplicabilidad: Disponer de conocimientos actualizados acerca del abordaje de la sexualidad en AP y una alerta electrónica para recordar ofrecer la prueba del VIH y otras ITS a pacientes a riesgo puede contribuir a disminuir el diagnóstico tardío de estas infecciones así como la morbilidad e impedir la transmisión a terceros.

Palabras clave: *VIH. ITS. Diagnóstico temprano.*

Mejor Experiencia

INTERPRETACIÓN AUTOMATIZADA DE LA ESPIROMETRÍA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA: LA APP ESPIRO

Francisco Martín Lujan¹, Jordi Daniel Diez², Jordi Mestres Lucero³, Jaume Guillem³

¹CAP El Morell. El Morell (Tarragona). ²CAP Salou. Salou (Tarragona). ³CAMFiC. Fundació d'Atenció Primària.

Objetivos: La espirometría es una prueba fundamental en el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades respiratorias, por eso es de uso habitual en los centros de atención primaria. Su calidad y utilidad están influidas por factores relacionados con: 1) el paciente y su colaboración durante la prueba, 2) el espirometrista y su formación técnica, y 3) el médico y su habilidad para evaluar los resultados. Para facilitar su interpretación, las normativas de uso proponen algoritmos de decisión que pueden ser adaptados a las nuevas tecnologías de telefonía móvil. Se propone crear una aplicación informática para móviles (app) que proporcione una interpretación automatizada de la espirometría forzada.

Descripción: A partir de un algoritmo validado (FMC. 1999;6:161-72) y adaptado a la normativa SEPAR actual (Arch

Bronconeumol. 2013;49:388-401), se diseña una app que proporciona una interpretación partiendo de los valores antropométricos y espirométricos previamente introducidos. Las características fundamentales que la definen son: 1) fácil manejo, 2) descarga gratuita, 3) actualización continua, 4) sin conflictos de intereses, y 5) libre de publicidad. La app “ESPIRO” está disponible desde febrero de 2016 tanto para sistema operativo Android (PlayStore) como iOS (AppStore) y permite seleccionar 5 idiomas (catalán, castellano, inglés, francés y portugués). Durante el 2017 fue reconocida por Diario Médico como “Mejor idea del año” y por la Fundación ISYS entre las “5 mejores APP” para profesionales sanitarios. Se han realizado tres actualizaciones que aportan mejoras en la introducción de datos, la selección de los valores de referencia y la emisión del informe. La última (2018) incorpora las tablas de referencia GLI-2012 (Global Lung Function initiative) para adaptarla a cualquier grupo étnico. Actualmente se contabilizan 8.525 descargas en todo el mundo (5.955 Google; 2.570 Apple).

Conclusiones: ESPRIO es una app que proporciona una interpretación fiable de la espirometría forzada de utilidad en atención primaria.

Aplicabilidad: La automatización en la interpretación de la espirometría puede liberar tiempo, evitar errores y facilitar las decisiones a los profesionales de atención primaria.

Palabras clave: *Espirometría. Interpretación. App móvil.*

Mejor Experiencia Docente

TRABAJAR SOBRE LAS RECOMENDACIONES DE NO HACER

Garazi Arizaga Begil, Helene Alberdi Sololuce

CS Mendara. Mendara (Gipuzkoa).

Objetivos: Fomentar en los residentes de primer año (R1) la reflexión sobre la actividad clínica diaria, desarrollar la capacidad de crítica y aprender a actuar en base a la evidencia científica actual. Reflexionar sobre el exceso de pruebas complementarias y fomentar su uso racional. Poner a los residentes en situaciones reales para sentirse identificados, responder a dudas, y crear una guía, breve y concisa, sobre la patología más común.

Descripción: Teníamos la percepción que los R1 actuábamos sin criterio, aprendiendo por imitación y sin razonamiento, repitiendo los errores de adjuntos. Tras reflexionar sobre actuaciones que podrían ser motivo de errores, preparáramos una sesión clínica dirigida a los R1 (acudieron 27). Se plantearon nueve casos clínicos, se trabajó la resolución de forma individual y en grupos y se elaboró una pequeña guía de 9 recomendaciones, que se entregó a los asistentes.

Conclusiones: La sesión fue bien recibida, se enfatizó en su pertinencia, utilidad, y la reflexión sobre las actuaciones de los residentes. La guía presentada facilita la práctica habitual. Criterios de Anthonisen para decidir antibioticoterapia en una reagudización de EPOC. No realizar TAC craneal a todo TCE. No realizar Rx control siempre tras una neumonía. No tratar con corticoides todas las urticarias. No indicar siempre pauta descendente tras tratamiento corticoideo. No tratar siempre con antiespasmódicos cólicos renales. No realizar Rx abdominal en todo dolor abdominal. Reglas de Ottawa para valorar necesidad de Rx en rodilla/tobillo/pie.

Valorar necesidad de tratamiento gastroprotector ante inicio de AINE.

Aplicabilidad: Los años de formación MIR son una gran oportunidad para ver cómo trabajan los profesionales de nuestra profesión. Miramos a los adjuntos con admiración, queriendo absorber toda su forma de hacer. No obstante, por el miedo a errar ante adjuntos y pacientes, nos centramos en el aprendizaje a través de la imitación, olvidándonos del pensamiento crítico. Con esta experiencia docente, hemos querido reflexionar sobre nuestra práctica clínica diaria (en atención primaria y en urgencias). Hemos pensado en creencias que hemos adquirido a través del “siempre se ha hecho así” y realizado una búsqueda detallada en sendas bases de datos (para ver si todas aquellas actuaciones tienen base fundamentada). Nos hemos dado cuenta de que el aprendizaje a través de una búsqueda activa y partiendo desde un acto erróneo, implica una mejor fijación del conocimiento. De esta forma, seremos conscientes del coste-beneficio de cada una de nuestras actuaciones, del porqué de las mismas, siendo capaces de razonarlas. Nos ha servido para activar nuestro pensamiento crítico, para conocer las distintas bases de datos y la forma de realizar búsquedas científicas. Además, ha supuesto un acto de liberación, reconociendo errores y compartiéndolos con nuestros compañeros, de forma que también ha contribuido al auto-cuidado.

Palabras clave: *Medicina basada en la evidencia. Aprendizaje activo. Guía Plan de Salud.*

Mejor Caso Clínico

EL SECRETO DE UN DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO

Juan Ortega Pérez¹, Elena Alfaro García-Belenguer², María de la Esperanza Riutort Thomas¹

¹Hospital Universitari Son Espases. Palma (Illes Balears).

²CS Son Espases. Son Espases (Illes Balears)

Ámbito del caso: Atención Primaria. Caso multidisciplinar.

Motivo de consulta: Dolor abdominal y vómitos.

Historia clínica: Enfoque individual: varón de 35 años con cuadro clínico intermitente de meses de evolución, caracterizado por dolor abdominal generalizado, asociado a vómitos incoercibles y sensación de frío. Sin fiebre, no relacionado con ningún alimento. Ha acudido en varias ocasiones a urgencias hospitalarias, necesitando ingreso en algunas de ellas. Se le ha realizado TAC abdominal, gastroscopia, colonoscopia y analíticas generales con serologías e inmunidad. Todas las pruebas entran dentro de la normalidad. La exploración en la consulta está dentro de la normalidad. Conocido del cupo. Acude con su madre. No tiene antecedentes patológicos de interés, niega ingesta de alcohol. Afirma consumir marihuana habitualmente. Acude porque está preocupado por no saber lo que tiene. Enfoque familiar: el paciente vive con su madre, viuda. No tiene pareja. Viven con el sueldo de su madre y de los trabajos que va teniendo esporádicamente él. Están preocupados ya que ha perdido trabajos debido a estos síntomas.

Desarrollo: Cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal, vómitos y sensación de frío. Se han realizado múltiples pruebas complementarias sin encontrar causa que

justifique dichos síntomas. Me planteo síndrome de hiperémesis cannabinoide.

Tratamiento: Al no tener síntomas, no se establece ningún tratamiento. Se cita en nueva consulta solo al paciente para abordar el consumo de cannabis. En la consulta siguiente cuenta que el dolor no lo había presentado hasta la toma de la marihuana. Desconoce si puede estar relacionado. Niega que tenga problemas familiares ni laborales, aunque le afecta en el día a día. Establezco con el paciente la necesidad de abandonar el abuso de marihuana por desencadenante de los síntomas.

Evolución: Tras un año, el paciente niega haber vuelto a presentar los síntomas descritos. Niega consumo de marihuana.

Conclusiones: El síndrome de hiperémesis cannabinoide está relacionado con la toma de marihuana. Se diagnostica por clínica y es de exclusión. El médico de familia es básico tanto en el diagnóstico, como en el seguimiento y en la ayuda a la deshabitación de tóxicos (en este caso la marihuana) y resolución del cuadro clínico. El médico de familia puede realizar un abordaje con el paciente y con la familia al conocer el paciente en todos los ámbitos.

Aplicabilidad: El síndrome de hiperémesis cannabinoide es un diagnóstico de exclusión ante un paciente con dolor abdominal y vómitos que consuma marihuana. El médico de familia es básico para el abordaje desde su consulta.

Palabras clave: *Cannabis. Dolor abdominal. Vómitos.*