

## VI PREMIOS DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Se presentan los resúmenes de los estudios seleccionados en los “VI Premios de Investigación en Atención Primaria de la Revista Clínica de Medicina de Familia”, celebrados los días 20 y 21 de abril de 2018 en Toledo.

### PRIMER PREMIO

## Incidencia de declive funcional y utilidad de reglas de predicción en ancianos no institucionalizados

Nieto Rojas I, Mota Santana R, Valiente Maresca P, Alarcón Escalonilla Almenara Rescalvo C y Orueta Sánchez R

Centro de Salud de Sillería.  
Toledo. (España).

Correo electrónico:  
isa\_rs6@hotmail.com

#### Objetivo

Investigar la incidencia de declive funcional (DF) acontecido en 3 meses y la utilidad de distintas reglas de predicción.

#### Diseño

Estudio multicéntrico, prospectivo tipo cohortes (subgrupos en función del riesgo de DF según reglas de predicción), con un periodo de seguimiento de 3 meses.

#### Emplazamiento

Atención Primaria. Área de Salud.

#### Participantes

Pacientes  $\geq 70$  años no institucionalizados, excluyendo aquellos con problemas de comunicación, dependencia para  $\geq 3$  actividades básicas, terminales o negativa a participar. Tamaño muestral para incidencia de DF estimada del 15 %, precisión 2 %, nivel de confianza 95 % y pérdidas estimadas 10 %. Muestreo estratificado: 1ª escalón por conglomerados (zonas de salud) y 2º escalón por muestreo sistemático (1/15) de listados ordenados por edad.

#### Mediciones principales

Al inicio: variables sociodemográficas y de morbilidad, índice Katz (actividades básicas) y Lawton-Brody (actividades instrumentales) y reglas de predicción de DF a 3 meses (SHERPA, TRST, ISAR-PC e Inouye). A los 3 meses: DF (pérdida de  $\geq 1$  actividades básicas o instrumentales según índices de Katz y Lawton-Brody, institucionalización o defunción).

#### Resultados

462 pacientes finalizan estudio (pérdidas 3,75 %). Edad media 77,9 años (DS: 6,3), 54,7 % mujeres, media de patologías 4,4 (DS: 2,2) y de fármacos 5,6 (DS:3,3).

Incidencia de DF a los 3 meses 9,4 % (IC 95 %: 6,8-12,0 %), de los cuales 0,7 % pérdidas actividades básicas; 3,7 % actividades instrumentales; 3,4 % actividades básicas e instrumentales; 0,2 % institucionalización y 0,4 % defunción.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



Regla de Predicción		Incidencia declive funcional		Riesgo Relativo (IC95%)
SHERPA	Riesgo bajo	8,4 %	N.S.	1
	Riesgo elevado	13,1 %		1,98 (0,84 – 2,85)
TRST	Sin riesgo	6,6 %	p<0,01	1
	Con riesgo	14,7 %		2,21 (1,24 – 3,95)
ISAR-PC	Sin riesgo	4,4 %	p<0,05	1
	Con riesgo	11,8 %		2,68 (1,07 – 6,70)
Inouye	Riesgo bajo	6,5 %	p<0,05	1
	Riesgo elevado	13,3 %		2,03 (1,10 – 3,74)

**Tabla 1.** Riesgo relativo de reglas de predicción.

### Conclusiones

Baja incidencia de DF en comparación con otros estudios. Utilidad relativa de las reglas de predicción de dicho DF.

## ACCESIT

# ¿La falta de accesibilidad al Médico de Familia aumenta la frecuentación al servicio de urgencias de Atención Primaria?

González Hidalgo E, Fagundo Becerra EM y León Martín AA

Centro de Salud de La Solana.  
Ciudad Real. (España).

Correo electrónico:  
enevja@gmail.com

### Objetivo

Evaluar la dificultad de acceso al Médico de Familia (MF) como posible causa de frecuentación a urgencias de AP (PAC).

Describir los motivos por los que los pacientes acuden al PAC y no a su MF. Cuantificar la frecuentación al PAC por causas inadecuadas y su relación con la accesibilidad al MF.

### Diseño

Estudio observacional transversal.

### Emplazamiento

Zona Básica de Salud (ZBS) semiurbana.

### Participantes

Seleccionados 352 pacientes de forma consecutiva en el punto de Atención Continuada de la ZBS en días aleatorios. Tamaño muestral correspondiente a una proporción esperado de visitas inadecuadas del 63 % (confianza 95 %, precisión 5 %).

### Mediciones principales

Variables: sexo, edad, motivo de consulta, motivo por el que no acudió al MF, lista de espera del MF (LE), adecuación de la consulta a urgencias ("Protocolo Adecuación de Urgencias Hospitalarias" adaptado a AP). Análisis estadístico descriptivo, bivariante y multivariante.

### Resultados

Finalmente incluidos 393 pacientes. 54,2 % mujeres. Edad media de 34,84 años [0,5-96] (DE: 23,64). LE:  $\leq 1$  día (46 %); 2-3 días (29,9 %); 4-7 días (22,5);  $> 7$  días (1,6 %). Visitas inadecuadas: 57,8 %.

Motivos para no acudir al MF: JUSTIFICABLES: Urgencias reales (18,1 %), problemas de accesibilidad al MF (12,9 %) y miedo (4,9 %); INJUSTIFICABLES 64,1 %: ("No he pedido cita", "No me gusta mi MF").

No observamos asociación entre LE y frecuentación al PAC ( $r: -0,447$  ( $p = 0,164$ )).

LE al MF no se asocia con el número de visitas a urgencias, adecuadas o no ( $r: 0,235$  ( $p = 0,459$ )).

Cuanto más días de LE, mayor porcentaje de visitas a urgencias por falta de accesibilidad ( $p = 0,035$ ), sin que influya en las visitas por motivos injustificables.

Los motivos injustificables para no acudir al MF suponen el 43,4 % de las consultas adecuadas, 78,4 % de las inadecuadas ( $p < 0,05$ ).

### Conclusiones

La lista de espera para el MF no influyó en la mayor o menor asistencia de

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



pacientes al PAC.

El porcentaje creciente de pacientes que acuden al PAC a medida que aumenta la LE al MF (cuantitativamente escasos), no se acompaña de una dismi-

nución del porcentaje que acude por motivos injustificables. El acceso no controlado a los servicios de urgencias puede ocasionar paradójicamente un problema de accesibilidad.

## PREMIO AL MEJOR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

# Evaluación de la satisfacción con el tratamiento en pacientes que consumen fármacos ansiolíticos o hipnóticos. Validación del cuestionario SATAN

García Atienza EM, López-Torres Hidalgo J, Minuesa García M, Ruipérez Moreno M, Lucas Galán FJ y Val Jiménez CL

Centro de Salud zona 8 de Albacete. (España).  
Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. (España).

Correo electrónico:  
eva\_atienza@hotmail.com

### Objetivo

Diseñar y validar un cuestionario para evaluar la satisfacción con el tratamiento en pacientes que consumen fármacos ansiolíticos o hipnóticos. Comprobar su validez convergente con otras mediciones relacionadas (estado de ansiedad o insomnio, adherencia terapéutica y tolerabilidad). Comprobar si existe asociación con el estado de salud percibido, las características del tratamiento, las creencias sobre la medicación en general y las variables sociodemográficas.

### Material y Métodos

Diseño. Estudio observacional de validación.

Lugar de realización y marco o nivel de atención sanitaria: Ocho consultas de Medicina de Familia pertenecientes a un centro de salud de características urbanas.

Criterios de selección: Pacientes mayores de 18 años en tratamiento con fármacos ansiolíticos/hipnóticos pertenecientes al centro de Atención Primaria del estudio.

Número de sujetos necesarios: 428 participantes (proporción esperada indeterminada de sujetos satisfechos con el tratamiento [ $P = 0,50$ ], nivel de confianza 95 %, precisión  $\pm 5$  %, previsión de no respuestas 10 %).

Muestreo: Selección consecutiva en las consultas del Centro de Salud por parte de los Médicos de Familia.

Mediciones e intervenciones, variables que se estudiarán: La variable principal será el nivel de satisfacción con el tratamiento ansiolítico/hipnótico evaluado mediante el cuestionario SATAN (escala Likert). Otras variables: sociodemográficas, nivel de ansiedad (Escala de Ansiedad de Goldberg), insomnio (Escala Atenas de Insomnio), creencias sobre el tratamiento (Cuestionario BMQ), características del tratamiento con ansiolíticos/hipnóticos, efectos adversos y estado de salud percibido (Cuestionario EuroQol-5D).

Análisis estadístico: Validez de construcción (análisis factorial), validez de contenido por parte de médicos de familia y psiquiatras con experiencia clínica, validez convergente con efectividad clínica, ausencia de efectos adversos y buen cumplimiento terapéutico, análisis de fiabilidad (test-retest), descripción de los sujetos de estudio, análisis bivalente entre el nivel de satisfacción y otras variables (prueba t, U de Mann-Whitney, ANOVA y H de Kruskal-Wallis) y regresión múltiple (variable dependiente: nivel de satisfacción con el tratamiento).

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



Limitaciones. Como limitación a los resultados, el nivel de satisfacción de los pacientes podría resultar sobreestimado ya que sólo se incluirá a pacientes consumidores de fármacos ansiolíticos/hipnóticos y no a los que puedan haber abandonado estos fármacos, probablemente los menos satisfechos.

#### **Aplicabilidad de los resultados esperados**

Los resultados aportarán información sobre las preferencias de los pacientes en el tratamiento de la ansiedad/insomnio y podrán ser útiles para reducir la variabilidad en cuanto a su manejo en la

práctica clínica. Así mismo, el estudio aportará información sobre los factores que se asocian a un mejor resultado del tratamiento teniendo en cuenta diferentes situaciones tanto clínicas como personales.

#### **Aspectos ético-legales**

El protocolo fue aprobado por Comité Ético de Investigación de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Se solicitará consentimiento informado. Cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

## OTROS ESTUDIOS PRESENTADOS

# ¿Qué pasa con los sistemas personalizados de dosificación? Perspectiva del profesional sanitario, farmacéutico y paciente

Cabrera Majada A, Jiménez Olivas N, Heredia Ochoa MP, Martínez Rodríguez ML, Moro Valverde A y Muñoz García C

Centro de Salud Daroca. Madrid.  
(España).  
Farmacéuticos Comunitarios.  
Madrid. (España).

Correo electrónico:  
csdaroca.farmacias@gmail.com

### Objetivo

Describir las características de los usuarios de Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD) preparados en las farmacias de un área urbana y su grado de satisfacción y conocimiento.

### Diseño. Emplazamiento. Participantes.

Estudio descriptivo mixto cuanti-cualitativo en un área urbana de 52.000 habitantes con 36 farmacias. Participan farmacéuticos comunitarios, pacientes usuarios de SPD y un centro de salud con 61 profesionales sanitarios.

### Mediciones principales

Los farmacéuticos contestaron vía telefónica un cuestionario con preguntas sobre: oferta del servicio, criterios de inclusión, comunicación con el médico, número de pacientes incluidos, tiempo de preparación y cobro por servicio. Los profesionales sanitarios cumplimentaron un cuestionario en el centro sobre: conocimiento del SPD, número de pacientes conocidos con SPD y opinión sobre su utilidad para mejorar la adherencia terapéutica. Los usuarios de SPD respondieron a los farmacéuticos sobre las siguientes variables: edad, sexo, con quien viven, nivel de estudios, fármacos que toman, quién les recomendó el servicio, cómo tomaban anteriormente la medicación y grado de satisfacción. Se incluyó a aquellos con dificultad para toma correcta de medicación, edad avanzada, polimedicados, fármacos de posología variable y nivel sociocultural bajo.

### Resultados

13 farmacias ofrecen SPD y 5 prestan el servicio a un total de 29 pacientes. Se encuestó a 18 usuarios (12 pacientes y 6 cuidadores). Edad entre 74 y 91 años y 77,8 % eran mujeres. 55,6 % vivían solos, 22,2 % con su pareja y 22,2 % con algún familiar. La media de fármacos por paciente es 7,7 agrupándose en: cardiológicos (94,4 %), psiquiátricos (77,8 %), endocrinológicos (77,8 %), analgésicos (55,6 %) y digestivos (38,9 %).

Respondieron todas las farmacias, ofreciendo 13 SPD. El 38,5 % avisó al médico al incluir al paciente y el 38,5 % cobró por el servicio. El tiempo de preparación del SPD por paciente y semana oscila entre 3 y 30 minutos.

Respondió el 93% de los profesionales sanitarios. Un 65,6 % de médicos y 58,3 % de enfermeras conocen los SPD preparados por farmacias. Creían que es útil el 94,7 %.

El farmacéutico recomendó el servicio al 88,9 %. Anteriormente tomaban las medicinas directamente de la caja 66,7 %, del pastillero 22,2 % y ayudados por un familiar 11,1 %. El 100 % está muy o bastante satisfecho porque: ayuda a tomar mejor la medicación (44,4 %), es más cómodo (16 %), su fácil adaptación (11 %).

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



**Conclusiones**

La comunicación desafortunada es frecuente y genera emociones negativas en detrimento de la confianza terapéutica. Nos han relatado al tiempo casos de "comunicación afortunada" donde se atisban soluciones y nuevas vías de investigación. El hecho de que seamos sanitarios los encuestados como pacientes y familiares nos invita a un

ejercicio de atención interesante en nuestra propia práctica clínica.

Existe un grado de implantación bajo de los SPD preparados por farmacias en esta zona. El SPD aún no es completamente conocido entre los profesionales sanitarios aunque la mayoría lo considera útil para mejorar la adherencia terapéutica.



# ¿Puede el índice tobillo brazo oscilométrico predecir mortalidad global en una cohorte de Atención Primaria?

Herráiz Adillo A, Soriano Cano A, Bidner J, Gras Madrigal D, Smoleňakova I y Mariana Herráiz JA

Centro de Salud Tragacete (Cuenca).  
Centro de Estudios Sociosanitarios, Universidad de Castilla-La Mancha.  
Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario, Unidad Médica de Emergencias de Motilla del Palancar (Cuenca).

Correo electrónico:  
ahadillo@hotmail.com

## Objetivo

Analizar el valor pronóstico de la arteriopatía periférica medida por índice tobillo brazo (ITB) oscilométrico e ITB Doppler en la mortalidad por todas las causas.

## Diseño

Análisis de supervivencia retrospectivo. Para el análisis de supervivencia, se utilizaron curvas de Kaplan-Meier y test de Log-Rank. El análisis multivariante se realizó mediante regresión de Cox controlando por edad, género y factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

## Emplazamiento

Centros de Salud de Tragacete y Servicio de Cirugía Vascul ar de Cuenca.

## Participantes

202 voluntarios de una cohorte de Atención Primaria con  $\geq 1$  FRCV; edad  $71,2 \pm 13,0$  años, 55,9 % varones y 37,1 % diabéticos.

## Mediciones principales

Se midió el ITB-oscilométrico (OMRON-M3) y el ITB-Doppler, definiendo la presencia de arteriopatía periférica si el ITB era  $\leq 0,9$  ó  $\geq 1,4$ . Adicionalmente, se interrogó sobre la presencia de FRCV: diabetes, tabaquismo, dislipemia e hipertensión.

## Resultados

La probabilidad de supervivencia acumulada a 40,3 meses de seguimiento en el ITB-Oscilométrico patológico y no patológico fue: 44,0 % y 97,1 % ( $p < 0,001$ ), respectivamente. Para el ITB-Doppler, dichas supervivencias fueron 47,1 % y 96,6 % ( $p < 0,001$ ), respectivamente. En un modelo de regresión de Cox, la hazard ratio de muerte para un ITB-Oscilométrico patológico fue 3,8 (IC 95 %: 1,5-9,2,  $p = 0,004$ ), tras controlar por edad ( $p = 0,001$ ) y por la presencia de diabetes ( $p = 0,004$ ). De manera análoga, un ITB-Doppler patológico tuvo una hazard ratio = 2,6 (IC 95 %: 1,1-6,1,  $p = 0,029$ ), siendo nuevamente la edad ( $p = 0,001$ ) y la diabetes ( $p = 0,001$ ) variables predictoras. Las medias de supervivencia en el grupo del ITB patológico e ITB no patológico fueron: 34,1 y 39,6 meses, respectivamente ( $X^2$ : 44,2; Log Rank test:  $p < 0,001$ ).

## Conclusion

El ITB-Oscilométrico y el ITB-Doppler predijeron la mortalidad por todas las causas en una cohorte de Atención Primaria. Aquellos pacientes con arteriopatía periférica, definida tanto por ITB-Oscilométrico como por ITB-Doppler, presentaron supervivencias significativamente inferiores que los pacientes sin arteriopatía. El ITB-Oscilométrico, debido a su excelente aplicabilidad,

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



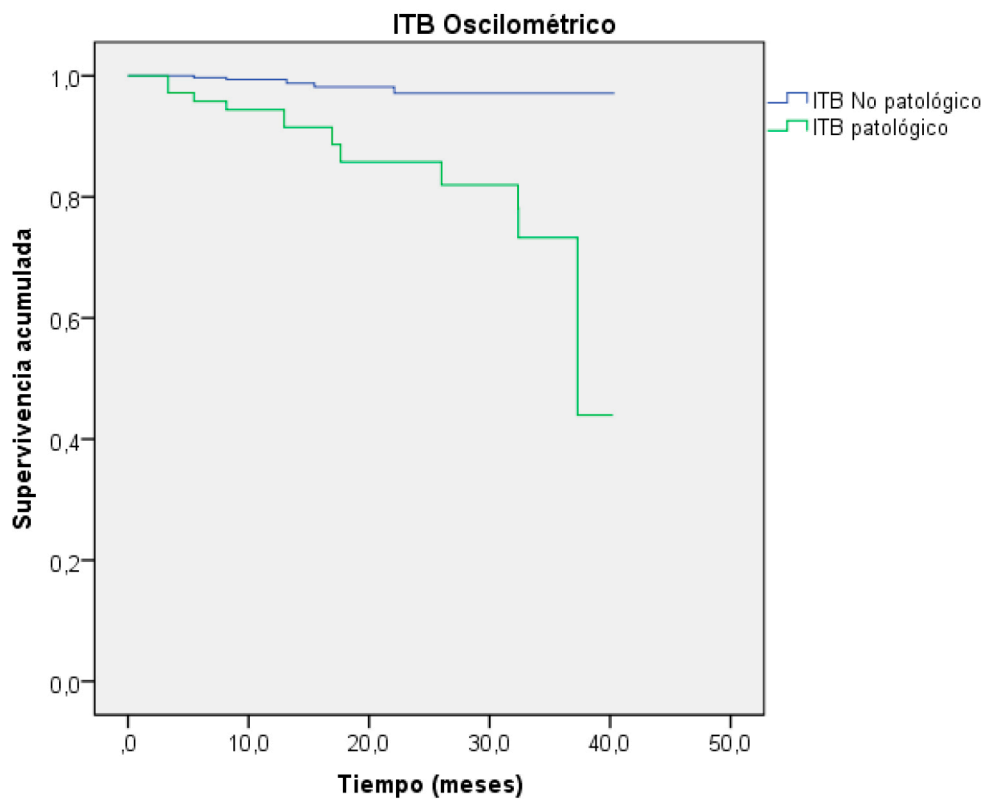


Figura 1. Curvas de supervivencia Kaplan-Meier en función del ITB oscilométrico.

puede ser una herramienta útil, no sólo en la predicción de arteriopatía periférica sino también en la predicción de mortalidad por todas las causas.

# Estatus de vitamina D en pacientes con quejas inespecíficas en una consulta de Atención Primaria

Orgaz Gallego MP y Tricio Armero MA

CEDT Tarancón. Cuenca.

Correo electrónico:  
mporgaz@sescam.jccm.es

## Objetivo

Conocer el estatus de vitamina D de pacientes con síntomas inespecíficos.

## Diseño

Estudio observacional, descriptivo, oportunístico.

## Emplazamiento

Atención Primaria de Salud.

## Participantes

282 pacientes  $\geq 14$  años que consultaron por cansancio, debilidad o dolores osteomusculares entre mayo de 2015 y enero de 2017.

## Mediciones principales

Hemograma, glucosa, perfil lipídico, hepático, función renal y tiroidea, iones, proteína C reactiva y 25-OH-colecalciferol. Antropometría. Anamnesis sobre dieta rica en vitamina D, consumo café, exposición solar, ejercicio y tabaquismo.

## Resultados

De 285 pacientes con síntomas inespecíficos, 98,94 % (N: 282) tenían hipovitaminosis D, siendo 72,3 % mujeres. Media edad de 51,55 años (DE: 16,55). Distribución por edades: 4,61 % (N: 13) entre 14-25 años, 47,87 % (N: 135) entre 26-50 años, 39,01 % (N: 110) entre 51-75 años y 8,51 % (N: 24)  $> 75$  años. Cifra media de vitamina D: 16,22 ng/ml (DE 5,55). Moda: 18 ng/ml. La media de vitamina D en varones:  $16,91 \pm 0,62$  (IC 95 %: 15,66-18,17) y en mujeres:  $15,95 \pm 0,38$  (IC 95 %: 15,19-16,72), sin diferencias significativas de hipovitaminosis D ( $X^2$ : 0,503).

Grupos edad (años)	Vitamina D categorizada (ng/ml)		
	< 10	10-20	21-30
14-25	15,38 % (N: 2)	69,23 % (N: 9)	15,38 % (N: 2)
26-50	18,51 % (N: 25)	60,74 % (N: 82)	20,74 % (N: 2)
51-75	16,36 % (N: 18)	60,00 % (N: 66)	23,26 % (N: 26)
> 75	60,00 % (N: 0)	70,83 % (N: 17)	29,16 % (N: 7)
14 - >75	15,95 % (N: 45)	61,70 % (N: 174)	22,34 % (N: 63)

**Tabla 1.** Distribución por grupos de edad de la vitamina D categorizada.

En pacientes con sobrepeso, obesidad y bajo peso, también hallamos mayores porcentajes de deficiencia de vitamina D ( $< 20$  ng/ml).

Sólo encontramos diferencias significativas entre exposición solar y vitamina D categorizada ( $X^2$ : 0,034).

## Conclusion

La "deficiencia" de vitamina D resulta más prevalente en pacientes de cualquier edad con quejas inespecíficas. La principal fuente de vitamina D es la exposición solar, existiendo asociación positiva significativa entre ambas. En pacientes con síntomas inespecíficos, aún sin pertenecer a grupos de riesgo para su déficit, debería solicitarse el 25OH-colecalciferol.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



# Análisis de la frecuentación en consultas de Medicina de Familia y Enfermería de Atención Primaria. Diferencias entre zonas básicas rurales y las que no lo son

Azorín Ras M, del Campo Giménez M, Fernández Bosch A, de la Ossa Moreno M y Auñón Valero B

Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Albacete.  
C.S. Noblejas. Toledo.  
C.S. Cañaveras. Cuenca.

Correo electrónico:  
mila.azorin@gmail.com

## Objetivo

Evaluar la prevalencia de hiperfrecuentación en pacientes que acuden a consulta de Medicina de Familia o Enfermería de Atención Primaria (AP) y analizar sus factores asociados. Comprobar si existen diferencias entre los pacientes de Zonas Básicas de Salud (ZBS) rurales y no rurales.

## Diseño

Estudio observacional descriptivo multicéntrico.

## Emplazamiento

Consultas de Atención Primaria de medicina y enfermería de cuatro Centros de Salud de tres Áreas Sanitarias de Castilla-La Mancha.

## Participantes

Seleccionados 582 adultos en consultas de AP.

## Mediciones principales

Recogidas variables sociodemográficas, problemas salud (CIAP-2 de WONCA), consumo fármacos, estilos de vida (tabaco, actividad física mediante cuestionario BPAAT), características ZBS (rural o no rural), frecuentación AP (número consultas/año medicina y enfermería), frecuentación a urgencias (AP y Hospital) e hiperfrecuentación.

## Resultados

Edad media 57,7 años (DE: 18,2). La prevalencia de hiperfrecuentación para medicina fue 23,4 % (IC 95 %: 19,9-27,0 %) y 22,5 % (IC 95 %: 19,1-26,1 %) enfermería. Esta fue significativamente superior en zonas rurales en medicina (36,0 % vs 15,3 %;  $p < 0,001$ ) y enfermería (28,1 % vs 18,9 %;  $p = 0,010$ ). La media de visitas médicas el último año fue 10,7 (DE: 7,9) y a enfermería 6,34 (DE: 9,0), siendo superior en ZBS rurales tanto en medicina (13,8 frente a 8,7;  $p < 0,001$ ) como enfermería (7,8 frente a 5,5;  $P < 0,001$ ). Mediante regresión logística, fueron variables asociadas a hiperfrecuentación a consulta de medicina en Atención Primaria: usuario de ZBS rural (OR: 2,765;  $p < 0,001$ ), ser mujer (OR: 1,716;  $p = 0,30$ ), mayor edad (OR: 1,023;  $p = 0,010$ ), inactividad física (OR: 1,726;  $p = 0,042$ ), consumir más medicamentos (OR: 1,114;  $p = 0,014$ ), presentar más problemas de salud (OR: 1,127;  $p = 0,040$ ), ansiedad (OR: 1,3;  $p = 0,013$ ) y patología respiratoria (OR: 2,073;  $p = 0,011$ ).

## Conclusion

Una parte importante de usuarios de Atención Primaria realizan un número elevado de consultas médicas y de enfermería. Se observa una mayor prevalencia en áreas rurales. Considerando que son variables asociadas a hi-

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



perfrecentación sexo, edad, características ZBS, comorbilidades, consumo de fármacos y actividad física, debemos insistir en estrategias que aporten

alternativas para resolver las demandas de nuestros pacientes, evitando la utilización excesiva de las consultas.

# Manejo de la diabetes mellitus tipo 2 un año después de su diagnóstico en España e Inglaterra

Azorín Ras M, Alcantud Lozano P, García de Enterría Ramos I, Flores Copete M, Reolid Martínez R y Escobar Rabadán F

Centro de Salud Zona IV de Albacete.

Correo electrónico:  
mila.azorin@gmail.com

## Objetivo

Conocer el manejo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) un año después de su diagnóstico en dos centros de salud, español e inglés.

## Diseño

Cohortes históricas.

## Emplazamiento

Atención Primaria.

## Participantes

Pacientes de dos centros de salud europeos, diagnosticados de DM2 a partir de enero del 2011, seleccionados por muestreo sistemático: 50 y 337, respectivamente en Inglaterra y España.

## Mediciones principales

A través de un protocolo específicamente diseñado se registraron variables clínicas y sociodemográficas, en el momento del diagnóstico y al año del mismo.

El análisis estadístico (SPSS 17.0) ha incluido comparación de proporciones, y de medias/medianas.

## Resultados

Se disponía de información al año del diagnóstico para 46 y 251 pacientes, respectivamente en Inglaterra y España.

Entre los pacientes ingleses predominaban las mujeres (65,2 %), mientras que entre los españoles eran mayoría los hombres (56,2 %),  $p = 0,008$ . Los pacientes españoles tenían una media de edad al diagnóstico significativamente mayor ( $p=0,02$ ) que la de los ingleses: 63,8 (DE: 12,0) vs 58,5 (DE: 14,1) años.

Desde el diagnóstico, los pacientes ingleses habían reducido su IMC un promedio de 1,2 (IC 95 %: 0,5-1,9) ( $p = 0,001$ ), mientras que los españoles lo habían hecho en 0,5 (IC 95 %: 0,1-0,8) ( $p = 0,018$ ). En los españoles se había producido una reducción significativa de la HbA1c, mediana: 0,5 y rango intercuartílico (RI): 0,2-1,2 ( $p<0,0001$ ), y aumento en los ingleses (mediana:0,8, RI: 0,05-1,3;  $p = 0,028$ ).

El tratamiento indicado era muy similar en ambos centros, con 20,3 % (IC 95 %: 15,5-25,1 %) sólo con medidas higiénico-dietéticas y 56,6 % (IC 95 %: 50,7-62,4 %) en monoterapia con metformina.

## Conclusion

El manejo de los pacientes con DM2 al año de su diagnóstico es similar en Inglaterra y España, sin embargo existen algunas características sociodemográficas y clínicas diferenciadoras que podrían condicionar la evolución de estos pacientes.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



# ¿Para qué llaman los pacientes?: evaluación de consultas telefónicas no urgentes en Atención Primaria

García Mendoza VA, Picazo Cantos J, Pérez Griñán L, Moro Lago I, Martínez Ruiz M, Ballesteros Merino M

Centro de Salud Zona 5-B de Albacete.  
Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

Correo electrónico:  
juanmtellez@gmail.com

## Objetivo

Conocer el uso de consultas telefónicas no urgentes en Medicina de Familia. Identificar motivos, idoneidad de utilización y el perfil del usuario. Determinar factores potencialmente asociados con su uso.

## Diseño, Emplazamiento, Participantes y Mediciones principales

Estudio transversal. Todas las consultas telefónicas no urgentes (N = 259), realizadas durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2017, de las agendas de tres médicos de familia de un centro de salud urbano. Variables principales: Proporción de las consultas evaluadas respecto al total, motivos, características, idoneidad y resolución. Perfil del usuario: variables sociodemográficas, pluripatología, Índice Charlson, polimedicación y frecuentación. Análisis descriptivo y comparativo de proporciones (Chi-cuadrado, nivel de significación 0,05). Análisis multivariante (regresión logística).

## Resultados

De un total de 6050 citas atendidas, 259 fueron telefónicas (4,28 %; IC 95 %: 4,24-4,33). 184 sujetos realizaron las consultas. Edad media de 64,6 años (DE: 20,1). El 69,6 % fueron mujeres. Presentaban un Índice de Charlson severo el 10,3 %, consumían  $\geq 5$  fármacos el 59,2 % e hiperfrecuentadores el 34,8 % ( $\geq 12$  visitas a su médico/último año). La media de llamadas por día fue de 4,7. Hubo 292 motivos, los más frecuentes: renovación de recetas (45,9 %) y consultas clínicas (20,9 %). En el 80,5 % de los casos los motivos fueron resueltos. Evaluadas como consultas telefónicas idóneas 211 (81,5 %). Resultó significativa (bivariante) la relación entre realizar  $\geq 2$  llamadas y: tener  $\geq 65$  años (32,0 % vs 12,9 %;  $p = 0,002$ ) y presentar comorbilidad severa (63,2 % vs 18,2 %;  $p = 0,0001$ ), aunque mediante análisis multivariante la asociación independiente fue con: menor número de pacientes visitados el día de la llamada (OR: 1,1;  $p = 0,044$ ), mayor número de fármacos usados (OR = 1,25;  $p = 0,006$ ) y mayor número de ingresos hospitalarios/último año (OR = 2,93;  $p = 0,021$ ).

## Conclusion

En nuestro entorno las consultas telefónicas no urgentes representan una proporción baja de la actividad del médico de familia. Sin embargo, parecen tener una elevada idoneidad y capacidad de resolución. Serían necesario estudios que evaluarán su impacto en la demanda, satisfacción y su seguridad.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



# Manejo de la Hipertensión Arterial en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico en España e Inglaterra

Del Campo Giménez M, Mudarra Tercero E, Fernández Pérez MJ, López García M, Ayuso Raya MC y Escobar Rabadán F

Centro de Salud zona IV de Albacete.

Correo electrónico:  
mariadelcampogimenez@gmail.com

## Objetivo

Conocer el manejo de la Hipertensión Arterial (HTA) en pacientes diagnosticados recientemente de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) en dos centros de salud, español e inglés.

## Diseño

Estudio descriptivo observacional transversal.

## Emplazamiento

Atención Primaria.

## Participantes

Pacientes diagnosticados de DM2 a partir del 1-1-2011 seleccionados por muestreo sistemático, que tenían además HTA.

## Mediciones principales

A través de un protocolo específicamente diseñado se registraron variables clínicas y sociodemográficas en el momento del diagnóstico. El análisis estadístico (SPSS 17.0) ha incluido comparación de proporciones, y de medias/medianas.

## Resultados

Se seleccionaron 50 y 337 pacientes diabéticos, respectivamente en Inglaterra y España, de los que eran hipertensos 49 y 260. Entre los ingleses predominaban las mujeres (65,3 %), los hombres entre los españoles (56,9 %),  $p = 0,004$ . Estos tenían una media de edad significativamente mayor ( $p = 0,02$ ): 64,2 (DE: 12,1) vs 58,9 (DE: 14,4) años. Los ingleses presentaban mayor sobrepeso, con IMC medio: 35,0 (DE: 7,5) vs 32,1 (DE: 5,8),  $p = 0,006$ . No existían diferencias estadísticamente significativas en los valores de tensión arterial. El tratamiento antihipertensivo era diferente en ambos centros ( $p = 0,008$ ). Un 46 % (IC 95 %: 31,9-61,9 %) de los ingleses tenían indicadas medidas higiénico-dietéticas solamente, vs 28 % (IC 95 %: 22,4-33,7 %) de los españoles. Estaban tratados con un fármaco 14,3 % (IC 95 %: 3,5-25,1 %) y 32,3 % (IC 95 %: 26,4-38,2 %), con dos 20,4 % (IC 95 %: 8,1-32,7 %) y 28,1 % (IC 95 %: 22,4-33,7 %) y con tres o más 18,4 % (IC 95 %: 6,5-30,2 %) y 11,5% (IC 95 %: 7,5-15,6 %). El uso de antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA2), en monoterapia o combinado, era mayor en los españoles: 29,4 % vs 7,7 %,  $p = 0,02$ .

## Conclusion

El tratamiento de la HTA en los pacientes con DM2 de reciente diagnóstico en centros de salud de Inglaterra y España presenta características diferenciadoras, con mayor uso de fármacos entre los españoles, siendo especialmente llamativa la mayor prescripción de ARA2.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).





# Relación entre preparación de tratamiento junto a enfermería y adherencia terapéutica en población anciana

Ortega Moreno B, Ramírez Baena L y Montoro Martínez A

Área II de Salud del Servicio Murciano de Salud.  
Área Sur de Granada del Servicio Andaluz de Salud. Ronda del Servicio Andaluz de Salud.

Correo electrónico:  
beatrizom86@gmail.com

## Objetivo

Evaluar la eficacia de la preparación de medicación del usuario anciano junto con Enfermería para la seguridad en la toma de tratamiento.

## Diseño

Estudio analítico, transversal, observacional y retrospectivo.

## Emplazamiento

Centro de Salud con una población atendida de 16000 habitantes.

## Participantes

30 usuarios que acuden a consulta de crónicos durante el último trimestre de 2017. La muestra se obtuvo mediante muestreo simple no probabilístico. Criterios de inclusión: mayores de 65 años con enfermedad crónica y poli-medicados.

Criterios de exclusión: deterioro cognitivo o dificultad para actividades de la vida diaria.

## Mediciones principales

Se determinaron variables sociodemográficas (edad, sexo), Lugar donde se preparó el tratamiento (casa o centro junto a Enfermería). La variable dependiente fue Adherencia al tratamiento (Cumplidor o No cumplidor) determinada mediante cuestionario SMAQ.

Se realizó análisis descriptivo: medidas de frecuencia para variables cualitativas, medidas de tendencia central y de dispersión cuantitativas. Cálculo de OddsRatio.

Análisis inferencial: test de  $\chi^2$  (Chí-Cuadrado), significativo con nivel crítico inferior al 5 % (p menor de 0,05).

## Resultados

De los 15 usuarios que preparan la medicación en el centro con ayuda de Enfermería, el 66,6 % (10) era cumplidor y el 33,3 % (5) no cumplidor. Entre los 15 pacientes que autogestionaron su medicación en casa, el 46,6 % (7) fue cumplidor y el 53,3 % (8) no lo fue. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre cumplidores o los que no lo fueron.

## Conclusion

No se observó que la preparación de la medicación en compañía de enfermería se relacionara con la adecuada toma de la misma. El incremento del tamaño muestra podría modificar estos resultados.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



# Evaluación de la resiliencia de enfermería en Atención Primaria

Ortega Moreno B, Montoro Martínez A y Ramírez Baena L

Área II de Salud del Servicio Murciano de Salud.  
Área Sur de Granada del Servicio Andaluz de Salud. Ronda del Servicio Andaluz de Salud.

Correo electrónico:  
beatrizom86@gmail.com

## Objetivo

Evaluar el nivel de resiliencia de Enfermería en Atención Primaria.

## Diseño

Estudio descriptivo transversal observacional.

## Emplazamiento

Ámbito de Atención Primaria de Salud.

## Participantes

Se seleccionó la muestra a través de muestreo simple no probabilístico, accidental y voluntario, entre enfermeras y enfermeros de Atención Primaria. Se utilizó una muestra de 113 profesionales de enfermería.

## Mediciones principales

Se analizaron variables sociodemográficas (edad, sexo, años de experiencia), y variable dependiente nivel de resiliencia, que se cuantificó con la versión breve de la escala CD-RISC. La escala CD-RISC, en versión breve, conformada por 10 ítems de la escala original. Autoadministrada. La forma de respuesta es una escala tipo Likert de cinco puntos desde 0 (totalmente en desacuerdo) hasta 4 (totalmente de acuerdo). Se analizó con el programa estadístico SPSS.

## Resultados

En lo que respecta a la variable Edad de los 113 participantes, se observó un predominio de 44 años de edad, y para la variable Años de Experiencia la cifra fue de 15. Un 25,7 % eran hombres (29 participantes) y 74,3 % mujeres (84). Los datos obtenidos muestran que el nivel medio de resiliencia de Enfermería en Atención Primaria de una puntuación de  $31,57 \pm 3,95$ , con un rango posible de 0-40.

## Conclusion

El desarrollo de la resiliencia requiere otra forma de mirar la realidad para usar mejor las estrategias de intervención. Más allá de los síntomas y las conductas, hay que detectar y movilizar los recursos de las personas y de su entorno. Como demuestra este estudio, Enfermería en Atención Primaria tiene un nivel de resiliencia elevado, observándose la necesidad de más estudios en lengua castellana.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



# Análisis enfermero sobre el conocimiento en enfermedades de transmisión sexual en estudiantes universitarios

Ángela Montoro Martínez, Lucía Ramírez Baena y Beatriz Ortega Moreno

Área Sur de Granada del Servicio Andaluz de Salud. Ronda del Servicio Andaluz de Salud. Área II de Salud del Servicio Murciano de Salud.

Correo electrónico:  
angela\_mm88@hotmail.com

## Objetivo

Determinar los comportamientos de riesgo y nivel de conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual (ETS) en universitarios.

## Diseño

Estudio observacional, descriptivo y transversal.

## Emplazamiento

Universidad de la provincia de Málaga. Realizado entre octubre de 2017 y febrero de 2018.

## Participantes

Participaron 175 alumnos matriculados en el curso académico 2017/2018.

## Mediciones principales

Recogida y análisis de los datos a partir de cuestionarios ad-hoc, los cuales fueron contestados voluntariamente y de forma anónima.

## Resultados

Los universitarios consideran tener conocimientos suficientes sobre sexualidad y métodos anticonceptivos. El 89,1 % (N= 156) de los estudiantes encuestados manifestaron haber mantenido relaciones sexuales. La edad media de inicio en las relaciones sexuales fue de 17 años para los hombres y de 18 para las mujeres, siendo los hombres más promiscuos que las mujeres. El 31,4 % (N=49) de los estudiantes eran homosexuales y el 32,7 % (N = 35) de los estudiantes heterosexuales habían mantenido relaciones con ambos sexos. En la mayoría de los casos el método anticonceptivo más utilizado fue el preservativo. Sin embargo, los estudiantes homosexuales eran más propensos a no utilizarlo en todas las relaciones que mantenían.

## Conclusion

Los resultados de esta investigación sugieren que actualmente siguen siendo necesarias actividades de prevención por parte de Atención Primaria para motivar cambios de comportamiento que permitan disminuir el riesgo de contagio de estas enfermedades.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



# Artrosis: Autopercepción de la enfermedad

Valiente Maresca P, Mota Santana R, Cerezo Rosell M, Nieto Rojas I y Villarín Castro A

Centros de Salud de Illescas, Buenavista y Sillería. Toledo. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Toledo.

Correo electrónico: isa\_rs6@hotmail.com

## Objetivo

Determinar la percepción que tienen los pacientes con artrosis de cadera o rodilla sobre su enfermedad y factores relacionados.

## Diseño

Estudio observacional descriptivo transversal.

## Emplazamiento

Atención Primaria (tres centros de salud).

## Participantes

Población diana: pacientes  $\geq 50$  años con artrosis de cadera o rodilla.

Muestra: 102 pacientes. Estimado con una desviación estándar esperada de 5,2 (según literatura), nivel de confianza del 95 %, precisión del 1 %.

Muestreo: reclutamiento.

## Mediciones principales

Variables: sociodemográficas, clínicas, autopercepción de la enfermedad (B-IPQ).

Medidas de centralización (media, mediana) y dispersión (desviación estándar, rango intercuartílico). Comparación de variables cualitativas mediante Chi cuadrado. Comparación de medias mediante t de Student o ANOVA (o los correspondientes test en caso de distribución no paramétrica). Comparación de variables cuantitativas mediante correlaciones.

## Resultados

n=107. Media edad 72,86 años (DE: 9,12), 74,76 % mujeres. Años de evolución de artrosis: <5 años (23,37 %), 5-10 (39,25 %), >10 (37,38 %). Localización: rodilla 59,81 %, cadera 8,41 %, ambas 31,77 %. El 87,85 % tenían enfermedades concomitantes. Tratamiento analgésico: ninguno 7,47 %, primer escalón 71,02 %, segundo y tercer escalón 21,49 %.

BIPQ:

- Peor percepción: otras enfermedades ( $p = 0,019$ ), ambas articulaciones ( $p=0,006$ ), duración > 10 años ( $p = 0,005$ ), polimedicados ( $p = 0,005$ ), sin tratamiento para artrosis ( $p = 0,035$ )
- Mejor control enfermedad: si realizan actividad física ( $p = 0,036$ ), y toman medicación para artrosis ( $p = 0,015$ )
- Mayor sintomatología: polimedicados ( $p = 0,014$ ), ambas articulaciones ( $p = 0,002$ ) y toman opioides ( $p = 0,029$ )
- Mayor preocupación: polimedicados ( $p = 0,021$ ), en tratamiento ( $p = 0,04$ )
- Afectación emocional: polimedicados ( $p = 0,018$ ) y ambas articulaciones ( $p = 0,047$ )
- Causa percibida artrosis: trabajo 44,86 % y hereditario 31,77 %.

## Conclusion

Los pacientes con artrosis avanzada, mayor sintomatología y afectación de las dos articulaciones tienen peor percepción del estado de salud. Debemos implantar medidas destinadas a mejorar el control de enfermedad y su percepción.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



# Satisfacción con la especialidad elegida de graduados en Medicina en el año 2010

García de Enterría Ramos I, Ayuso Raya MC, López García M, Alcantud Lozano P, Reolid Martínez R y Escobar Rabadán F

Centro de Salud Zona IV de Albacete.

Correo electrónico: fjescobarr@sescam.jccm.es

## Objetivo

Conocer la satisfacción con la especialidad elegida de médicos graduados en el año 2010.

## Diseño

Estudio transversal.

## Emplazamiento

Cuestionario online.

## Participantes

Postgraduados en medicina, que habían sido invitados a responder al cuestionario "Conocimientos y actitudes hacia la Medicina de Familia" (CAMF) durante su formación de grado, y que aceptaron responder a un cuestionario online siete años después de su graduación.

## Mediciones principales

A través de un cuestionario específicamente diseñado se registraron las respuestas a preguntas relacionadas con motivaciones personales y satisfacción con la profesión.

El análisis se realizó con SPSS 17.0, y consistió en estadística descriptiva y comparación de proporciones y medianas.

## Resultados

Se obtuvieron 36 cuestionarios (proporción respuesta 26,7 %). La mediana de edad era 31 años; 66,7 % eran mujeres. Las especialidades incluían Medicina de Familia (4), Pediatría (2), Ginecología (3), Medicina Interna o especialidades relacionadas (13), especialidades quirúrgicas (10) y otras (4). Habían elegido la especialidad que tenían como primera opción el 80,6 %. Disponíamos de respuesta al CAMF en 24 casos, con mediana de puntuación: 26,5 (rango intercuartílico (RI): 22,25-32,5).

La mayoría (47,2 %) decidieron estudiar medicina en secundaria, y la especialidad al final de la licenciatura o tras el examen MIR (36,1 % cada opción). Las principales razones para estudiar medicina eran "interés por las personas", "vocación" y "variedad de salidas laborales": medianas de 8 (sobre 10). Un 80,6 % "volvería a estudiar medicina".

La satisfacción con ser médico (puntuación sobre 10) mostró una mediana de 8 (RI: 7,25-10) y con la especialidad de 9 (RI: 8-10). Esta era significativamente mayor ( $p = 0,012$ ) en quienes habían elegido la especialidad de primera opción: 9 (8,5-10) vs 8 (7-8).

## Conclusion

La gran mayoría de los médicos que participaron en nuestro estudio están satisfechos con su profesión. Esta satisfacción era mayor en quienes habían elegido la especialidad que tenían como primera opción.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



# Elección de especialidades en el MIR de 2017 por los graduados en Medicina de la Universidad de Castilla-La Mancha

Escobar Rabadán F, López García M, Alcantud Lozano P, Mudarra Tercero E, Fernández Pérez MJ y García de Enterría Ramos I

Centro de Salud Zona IV de Albacete.

Correo electrónico: fjescobarr@sescam.jccm.es

## Objetivo

Conocer las especialidades elegidas por los graduados en Medicina de la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM) en la oposición MIR del año 2017.

## Diseño

Análisis de datos secundarios.

## Emplazamiento

Búsquedas en Internet.

## Participantes

Graduados en Medicina de la UCLM en 2016 que eligieron plaza en el MIR en 2017.

## Mediciones principales

A través de la web del Ministerio de Sanidad se obtuvo la información correspondiente a especialidad y provincia elegidas, sexo y número obtenido en la oposición. Mediante búsqueda en Google se identificaron graduados de las Facultades de Medicina de Albacete y Ciudad Real.

El análisis ha sido realizado con SPSS 17.0, y ha consistido en estadística descriptiva, comparación de proporciones y medianas, y análisis de Kaplan-Meier.

## Resultados

Se ha localizado información correspondiente a 115 opositores (de los 120 que cogieron plaza), 81 graduados en Albacete y 34 en Ciudad Real. Un 65,2 % eran mujeres, sin diferencias estadísticamente significativas (NS) por facultad. La mediana del número de orden en la oposición fue de 2465 (rango intercuartílico (RI): 805-4254,5) y 2155 (RI: 1283-3491), respectivamente en Albacete y Ciudad Real (NS). Eligieron plaza en la región, respectivamente, un 47,5 % y un 35,3 % (NS). Un 21,7 % eligió Medicina de Familia (MF), sin diferencias estadísticamente significativas por facultad. La mediana para la elección de MF para los graduados de Albacete fue 5530 (IC 95 %: 4486,6-6573,4) vs 4861 (IC 95 %: 3417,4-6304,6) en Ciudad Real (NS).

## Conclusion

Los resultados obtenidos en el examen MIR de los estudiantes de las Facultades de Medicina de Albacete y Ciudad Real son muy similares. También hay coincidencia en cuanto al porcentaje de elección de Medicina de Familia, lejano al 28 % de plazas ofertadas de esta especialidad.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



# ¿Cómo son los participantes de la primera escuela de pacientes diabéticos tipo 2 de Cuenca?

Zabala Victoria m, Solera Abad MI, Collado García B y Cervera Monteagudo B

Unidad Docente Multiprofesional  
de Atención Familiar y  
Comunitaria de Cuenca.

Correo electrónico:  
bcervera@sescam.jccm.es

## Objetivo

Evaluar el impacto del programa “escuela de salud y cuidados de diabetes tipo 2 en la Gerencia de Atención Integrada de Cuenca” en los conocimientos sobre manejo de diabetes (CD), adherencia a medicación (AM), adherencia a la dieta mediterránea (MEDAS) y autoeficacia en la diabetes (AD).

## Diseño

Evaluación de programas con mediciones pre y post.

## Emplazamiento

Centros de Salud de Cuenca.

## Participantes

Diabéticos tipo 2 mayores de 18 años.

## Mediciones principales

Datos sociodemográficos. Adherencia a medicación mediante test de Morinsky (puntuación de 0-4). Cuestionario MEDAS de adherencia a dieta mediterránea (puntuación de 0-14). Conocimientos sobre diabetes mediante cuestionario ECODI (puntuación de 0-25). Autoeficacia en diabetes con el test de Autoeficacia de la diabetes de Stanford (puntuación de 0-10).

## Resultados

Presentamos datos de la evaluación basal puesto que las intervenciones están en curso en la fecha actual. Dos grupos de intervención (N=28), el 50 % son mujeres, el 70 % de los participantes con edades comprendidas entre los 50 y 70 años. El 82 % casados o pareja y el 71,4 % tiene estudios de bachillerato o superior. El grado de AM fue del 70 % (sin diferencias entre hombres y mujeres) y de los no cumplidores, el 85 % lo fue sólo para un criterio de AT.

Respecto a la adherencia a la dieta mediterránea, más de un 40 % era no adherente (puntuación menor de 9), siendo más adherentes los participantes entre 50 y 64 años (77,7 %).

La puntuación media en CD fue de 22,18 (DE: 2,04). Las mujeres puntuaron mejor en el cuestionario: 23,50 (DE: 1,04) ( $p = 0,009$ ), sin que existan diferencias por nivel de estudios ( $p = 0,43$ ).

En cuanto a AD, la puntuación media fue de 7,48 (DE: 1,6). No se observan diferencias por género ( $p = 0,79$ ) ni por grupos de edad ( $p = 0,107$ ).

## Conclusion

Participan en la Escuela personas con elevado nivel de CD y AD probablemente en relación con su nivel de estudios tal y como postula la Ley de Cuidados Inversos.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



## OTROS PROYECTOS PRESENTADOS

### Evaluación de la prescripción de antibióticos en faringoamigdalitis aguda

Cabañas Morafraille J, Arcega Baraza A, Dorado Peñalver N, Sánchez Ibáñez RM, Muñoz Martín M y Villarín Castro A

Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Toledo.

Correo electrónico: javier.cabanasm@gmail.com

#### Objetivo

El objetivo principal de nuestro estudio es evaluar si la prescripción de antibioterapia en la faringoamigdalitis aguda en una población sanitaria concreta es correcta en base a criterios clínicos. Como objetivos secundarios, analizaremos si existen diferencias en torno a medio urbano o rural, centro de salud en el que se realiza docencia o no, o si el prescriptor es tutor de residentes. También se examinará el tratamiento antibiótico pautado, así como si se utilizó o si se carecía de test rápido de detección de estreptococo. Por último, se comprobará si los días de incapacidad temporal, en caso de ser precisa, se adecúan a lo establecido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

#### Material y métodos

Diseño: Se realizará un estudio retrospectivo, descriptivo y comparativo.

Población de estudio: Pacientes mayores de 18 años procedentes de una población sanitaria concreta y en un periodo de tiempo establecido entre las fechas 01/10/2017 y 31/03/2018. Consistirá en la revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados de Faringitis Aguda (Código CIE-10 J02) o Amigdalitis Aguda (Código CIE-10 J03) que hayan sido tratados con antibiótico.

Variables de estudio: De la información contenida en las historias clínicas digitalizadas en Turriano se recogerá: el sexo del paciente, edad (como variable cuantitativa), actividad socioeconómica (Empleado/Desempleado/Jubilado), presencia de exudado amigdalár, presencia de fiebre, presencia de adenopatía dolorosa en triángulo anterior cervical, presencia de rinorrea y/o tos, tratamiento antibiótico prescrito, concesión de incapacidad temporal, atención en centro de salud rural o urbano, docente o no docente y atención por tutor de residentes o no. Se considerarán ausentes todos aquellos criterios de Centor no reflejados en la historia clínica.

Análisis estadístico: Se usará el Test de Kolmogorof-Smirnov para valorar si las distribuciones se ajustan a la normalidad. Se utilizará el test de chi-cuadrado para comparar las características clínicas de las cohortes (variables categóricas). Para la comparación de variables cuantitativas en caso de variables paramétricas, utilizaremos el test T de Student (para la comparación de dos medias) o ANOVA (para la comparación de más de dos medias) y la U de Mann Whitney o el test de Kruskal Wallis para las variables no paramétricas. La significancia estadística se demostrará con una  $p < 0,05$ .

Limitaciones: Las limitaciones de nuestro estudio son la posible aparición de sesgo de documentación por el registro insuficiente de parámetros en las historias clínicas recogidas y la validez externa al extraerse los resultados de una población de un área sanitaria concreta.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).





**Aplicabilidad de los resultados esperados.**

Los resultados de este estudio supondrán una base para conocer si la práctica clínica se ajusta a lo establecido por las guías de evidencia clínica. También, determinarán posibles diferencias en la atención al paciente en lo que concierne a las características del centro de salud o del prescriptor. Por último, se comprobará si existe un déficit de recursos en la consulta de Atención Primaria que dificulten la asistencia diaria.

**Aspectos ético-legales.**

Durante todo el estudio, se garantizará el anonimato y la privacidad de los pacientes. Este estudio solicitará la aprobación del CEIC.

**Financiación.**

No estará financiado ni tiene conflictos de intereses.

# Proyecto de estudio descriptivo sobre el uso de vías de acceso rápido

Sáez Rodríguez MT

Centro Salud CS Villacerrada.  
Albacete.

Correo electrónico:  
tsaez@sescam.jccm.es

## Objetivo

El diagnóstico precoz en pacientes con sospecha de patología oncológica es fundamental en la mayoría de los casos para mejorar el pronóstico, por lo que la derivación de pacientes desde Atención Primaria a Atención Hospitalaria precisa establecer vías de prioridad. Es innegable, además, que disminuir el período de incertidumbre diagnóstica tiene beneficios psicológicos en el paciente. Con dicho objeto en la GAI de Villarrobledo se establecieron unos formularios de derivación específicos, con cuestionarios cerrados, refiriendo signos de alta sospecha de patología oncológica a distintas Especialidades, validados por las Guías de Excelencia Clínica británicas NICE. La derivación por esta vía pretende garantizar una demora en la primera consulta no mayor de dos semanas, estableciéndose al mismo tiempo una prioridad en las distintas pruebas complementarias que puedan pedirse para estos pacientes. Esta vía de derivación coexiste en el tiempo con la derivación preferente a través de las vías habituales.

Se presentan los resultados del análisis de los 95 casos derivados a través de esta vía desde octubre de 2013 a septiembre de 2015.

## Material y métodos

El proyecto de estudio sería un estudio transversal descriptivo de Casos y Controles, partiendo de la implantación de las Vías de Acceso Rápido (VAR) como método de derivación en octubre de 2013 hasta septiembre de 2015. A raíz de los diagnósticos de cáncer que incluyen las VAR, se realizaría un análisis comparativo de los Casos, derivados a través de esta vía, frente a los Controles, pacientes con diagnóstico del mismo tipo de cáncer vistos por Atención Hospitalaria a través de otras vías.

El ámbito de aplicación sería la población atendida en la GAI de Villarrobledo.

Las variables a estudio serían comparar tiempos de demora en la primera consulta, tiempo que transcurre desde el momento de la derivación al diagnóstico, correlación entre el diagnóstico de sospecha y el diagnóstico de cáncer en los Casos, y posibles diferencias en la supervivencia de los pacientes entre ambos grupos.

Se utilizarían test paramétricos, al ser tamaños muestrales mayores de 30, para conseguir mayor precisión en los resultados. En función de las variables, se utilizarían los test de Correlación de Pearson, de Chi cuadrado y test de la  $t$  de Student.

## Aplicabilidad de los resultados esperados

Determinar si el uso de esta herramienta mejoraría la eficiencia de las derivaciones de pacientes oncológicos por parte de los Médicos de Familia.

La importante variabilidad que sufrimos en las Listas de Espera no debería afectar a pacientes con sospecha de patología grave. Asegurar que la fecha de la primera consulta no superará las dos semanas debería ser suficiente para que esta herramienta pudiera implementarse en otras Áreas del

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



SESCAM.

**Aspectos éticos y legales**

Respecto a los aspectos ético legales, se intentará preservar el anonimato de los pacientes utilizando el Número de Historia Clínica para la recogida de

datos; se solicitará permiso por escrito a los pacientes para que sus datos sean incluidos en el Estudio.

**Financiación**

No se requiere financiación

# Síndrome metabólico y características cardiovasculares en hipertensos $\leq 65$ años en Atención Primaria: diferencias entre los que presentan adecuado control de cifras de PA y los que no

Azorín Ras M, del Campo Giménez M, Sánchez López AB, Martínez Ruiz, Tello Nieves GM y Hernández Cerón I

Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Albacete. CS. La Roda, Albacete GAI de Albacete y Almansa

Correo electrónico: mila.azorin@gmail.com

## Objetivo

Evaluar la prevalencia de síndrome metabólico (SM) y sus componentes en pacientes hipertensos de 65 años de edad o menos, así como su relación con el perfil de riesgo y el control de la presión arterial.

## Material y métodos

Diseño. Estudio descriptivo observacional transversal.

Ámbito. Consultas de Atención Primaria (AP).

Sujetos de estudio. Pacientes con edades comprendidas entre 18 y 65 años, ambas incluidas, diagnosticados de hipertensión arterial (HTA) (criterios guías europeas práctica clínica de HTA y riesgo cardiovascular: HTA si PAS  $\geq 140$ mmHg o PAD  $\geq 90$ mmHg) y que otorguen su consentimiento para participar en el estudio, una vez informados de los objetivos del mismo. Se excluirán aquellos con limitación física, psíquica, cultural o enfermedad concurrente que imposibilite la aplicación de las pruebas del estudio, así como los que rechacen participar.

Muestra. Para una proporción esperada de sujetos que cumplan criterios de síndrome metabólico del 50 %, nivel de confianza del 95 % y precisión del 5 %, será necesario incluir a 385 participantes. Se utilizará un muestreo consecutivo, no probabilístico, hasta alcanzar el número previsto en consultas de Medicina de Familia.

Variables. Se incluirán las siguientes: características sociodemográficas, problemas salud (CIAP-2), presencia de síndrome metabólico (ATP-III), estilos de vida, consumo de medicamentos, cumplimiento tratamiento farmacológico (Morisky-Green), riesgo cardiovascular (Score), grupo riesgo cardiovascular (Score), edad vascular (Score), cifras presión arterial (PA) y su grado de control (adecuado si PA  $< 140/90$ mmHg).

Análisis. Se realizará análisis descriptivo de características sociodemográficas y clínicas. Se estimará la prevalencia global de pacientes con criterios diagnósticos de SM y de los componentes de su definición (incertidumbre de estimación con intervalo de confianza: 95 %). Se estudiará la relación entre variables mediante análisis bivariante (correlación, ji-cuadrado, t-Student, ANOVA o, si no se cumplen condiciones de aplicabilidad, U de Mann-Whitney y test de Kruskal-Wallis). Se utilizará un análisis multivariante (modelo de regresión logística) para comprobar la asociación de la variable dependiente (control presión arterial) con sus factores condicionantes. Se utilizará un nivel de significación inferior a 0,05.

Limitaciones. El sistema de selección de pacientes que acuden a las consul-

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



tas ocasionará que en la muestra puedan estar más representados los pacientes más frecuentadores, aunque justamente esto muestra una imagen fiel de la realidad de la consulta de AP. La voluntariedad en la participación podría implicar un sesgo, si bien nos es posible determinar en qué sentido.

**Aplicabilidad de los resultados esperados**

La presencia simultánea de SM en hipertensos modifica el riesgo atribuible a la elevación de las cifras de PA, repercutiendo en aspectos clínicos y terapéuticos de estos pacientes. Por tanto, los resultados pueden aportar conclusiones para mejorar el manejo y control de la PA en estos pacientes.

Además, informarán sobre otros factores que determinan el control de PA en hipertensos seguidos en Atención Primaria, facilitando datos útiles para elaborar programas preventivos y de intervención que contribuyan a mejorar los niveles de control.

**Aspectos ético-legales**

Protocolo aprobado por Comité Ético de Investigación Clínica (26/09/2017). Cada paciente otorgará su consentimiento para participar tras ser informado del estudio.

**Financiación**

No se requiere financiación.

# Proyecto de cartilla vacunal digitalizada para control y seguridad de vacunación infantil

Ortega Moreno B, Montoro Martínez A y Ramírez Baena L

Área II de Salud del Servicio Murciano de Salud.  
Área Sur de Granada del Servicio Andaluz de Salud. Ronda del Servicio Andaluz de Salud.

Correo electrónico:  
beatrizom86@gmail.com

La vacunación infantil se considera el acto más eficaz para preservar la salud de la población a nivel mundial, evitando la mortalidad de niños, adolescentes y adultos. Beneficia al vacunado y a la población que lo rodea, consiguiendo una inmunidad colectiva o de grupo.

Los calendarios vacunales son estrategias prácticas que adaptan las vacunas a sus edades correspondientes, facilitando que los niños sean correctamente vacunados según indicaciones de su territorio o país.

El objetivo del calendario es ser una guía para profesionales y población, que permita una administración racional y uniforme de las vacunas.

El sistema de cartilla digital al que tuvieran acceso profesionales y usuarios permitiría controlar y registrar desde las primeras vacunas al nacer hasta las últimas en la edad adulta. Se usaría información en tiempo real, confiable, que ayuda a identificar a los niños correctamente vacunados y a los que se está dejando de vacunar, como ya se usa en México o en nuestro país a nivel privado.

## Objetivo

Se realizó una revisión sistemática de artículos científicos publicados en las principales bases de datos (Pubmed, Elsevier, Scielo, Cochrane) para elaborar los antecedentes sobre el tema.

## Metodología

Se diseña un estudio cuasi-experimental, analítico, longitudinal y prospectivo, en el que se analiza la correcta vacunación de los niños de un centro de salud urbano que atiende a una población de 16000 habitantes.

La muestra se obtendrá por muestreo simple probabilístico, seleccionando a 60 niños de edades comprendidas entre 0 y 6 años. A 30 de los padres de estos niños se le enviarán mensajes a través del móvil informando de próximas vacunaciones y de las vacunas ya puestas; a los otros 30, no.

Se medirá la variable independiente "Mensaje móvil", dicotómica Si/No, y la dependiente "Correctamente vacunado", dicotómica Si/No.

Para la estadística descriptiva, se utilizarán medidas de frecuencia para las variables cualitativas y cálculo de OddsRatio. Para la estadística inferencial con test de  $\chi^2$  (Chí-Cuadrado). Los cálculos se harán con el programa estadístico SPSS 22.0.

## Aplicabilidad de los resultados esperados

Según los datos esperados, se espera facilitar, aprovechando los recursos actuales, el acceso de padres a la vacunación de los niños y de los profesionales a conocer qué niños están correctamente vacunados, favoreciendo la correcta vacunación, controlando y previniendo enfermedades infantiles.

## Aspectos ético-legales

Se respetarán los requisitos de seguridad y confidencialidad según la Ley de Protección de Datos y Consideraciones Éticas de Helsinki-Seúl 2008.

## Financiación

Para su financiación harán falta recursos públicos y privados, además de permisos y licencias de SESCOG y usuarios.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



# Cumplimiento terapéutico en el tratamiento con anticoagulantes orales

Casas Sepúlveda RM, David Iglesias C, García Martín S y Villarín Castro A

Unidad Docente Multiprofesional  
de Atención Familiar y  
Comunitaria de Toledo.

Correo electrónico:  
cristinad\_19@hotmail.es

## Objetivo

Evaluar y comparar el cumplimiento terapéutico entre los diferentes anticoagulantes orales en un Centro de Salud.

## Material y método

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Población de estudio: Pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales pertenecientes a tres cupos de Medicina de Familia de un Centro de Salud.

### Criterios de inclusión:

- Pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales que lleven más de 6 meses en tratamiento en los cupos de Medicina de Familia en estudio.
- Ambos sexos y edad mayor o igual a 18 años.
- Consentimiento para participar en el estudio.

Muestreo: Se estudiará toda la muestra, por lo que no será necesario realizar una predeterminación del tamaño muestral.

Variables de estudio: edad, sexo, nivel educativo, unidad familiar, tiempo de tratamiento (meses), tipo de anticoagulantes (AVK vs ACOD), cumplimiento terapéutico (cuestionario de Morisky-Green), efectos secundarios (hemorragia), polimedicación, tipo de receta (electrónica o informatizada), educación para la salud realizada por enfermería.

Recogida de datos / intervención: El listado de los pacientes en tratamiento anticoagulante será aportado por el Servicio de Farmacia de Atención Primaria. Se citará a los pacientes para explicarles el objeto del estudio y solicitar su consentimiento informado para participar en el mismo. En caso de aceptar se obtendrán los datos mediante una revisión de la historia clínica y entrevista personal.

Análisis estadístico: Se realizará un estudio descriptivo mediante medidas de centralización (media, mediana) y dispersión (desviación estándar, rango intercuartílico). Comparación de variables cualitativas mediante chi cuadrado. Comparación de medias mediante t de Student o ANOVA (o los correspondientes tests en caso de distribución no paramétrica). Comparación de variables cuantitativas mediante correlaciones. Análisis multivariante con las variables que obtengan significación estadística. Los datos se analizarán con el programa estadístico SPSS.

## Limitaciones:

- Se trata de una revisión de una base de datos de un solo Centro de Salud, por lo que puede que no sea representativa para la población general.
- Sesgo de información debido a la falta de registro en historia clínica.
- Subjetividad del test de Morisky-Green.
- Sesgo de participación (rechazar participar en el estudio).

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



## **Aplicabilidad de los resultados esperados**

En nuestro medio no existen estudios similares que hayan abordado este tema. Conocer el grado de adherencia de los pacientes a los tratamientos crónicos (en este caso anticoagulantes orales) ayudará a mejorar la atención prestada a la población, la formación del personal sanitario y la educación para la salud en los pacientes.

## **Aspectos ético-legales**

Se solicitará consentimiento informado a todos los

sujetos de estudio. Se asegurará la confidencialidad de los datos obtenidos según la normativa vigente. Se solicitará el visto bueno de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo para la realización del estudio.

## **Financiación**

Este estudio no requiere ninguna financiación. Los recursos humanos y materiales necesarios se tomarán de los disponibles en la Unidad Docente y los centros de salud docentes.



# Estudio de los avisos domiciliarios en el Punto de Atención Continuada de Santa María de Benquerencia-Toledo

Orejuela Carmona CM, Cinta Bella B, Serrano Gómez S, González Ballesteros S y Méndez García T

Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Toledo.

Correo electrónico: tessamg@gmail.com

## Objetivo

El objetivo principal es identificar los diferentes motivos de consulta de los avisos domiciliarios en el servicio de Atención Continuada de una Zona Básica de Salud.

Como objetivos secundarios planteamos identificar el diagnóstico final de dichos avisos, determinar las características de la población de estudio, determinar el porcentaje de derivación a Urgencias Hospitalarias y las características en relación con el aviso domiciliario.

## Material y método

Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo.

Se tomarán los 1979 pacientes atendidos en domicilio por médicos del Punto de Atención Continuada desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2017 y se realizará un muestreo aleatorio simple por mes.

Las variables a estudio son el sexo, la edad, la población de atención, institucionalización del paciente, motivo de consulta y diagnóstico final, polimedición, necesidad final de derivación a urgencias hospitalarias, y mes, día y hora de la asistencia que se tomarán mediante la explotación de datos de la Historia Clínica informatizada, herramienta Turriano.

Se realizará un estudio descriptivo exhaustivo de los datos y contraste de hipótesis de las variables principales. La principal limitación del estudio se presupone en el propio registro de las historias clínicas informatizadas así como las propias de todo estudio descriptivo.

## Aplicabilidad de los resultados esperados

Identificar las necesidades formativas en la zona básica de salud e relación a las patologías más prevalentes atendidas en el Punto de Atención Continuada y enfocar directrices en educación para la salud, para mejorar la calidad asistencial y una mayor eficiencia del sistema sanitario.

## Aspectos Ético-Legales

Para la explotación de los datos se solicitará autorización institucional y la valoración del correspondiente Comité Ético de Investigación con medicamentos (CEIm). Se garantizará la privacidad y confidencialidad de los datos respetando la legislación vigente (Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y Ley 41/2002, de Autonomía del paciente).

## Financiación

Se trata de un estudio a coste cero desarrollado dentro del programa formativo de médicos internos residentes.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



# Seguridad del paciente: automanejo de fármacos en personas con polimedicación

Fernández Fernández B, Urrea Jiménez S, Espínola González M, Martínez Pulido MI, Fernández Franco L y Sáez Torralba ME

Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. GAP de Toledo.

Correo electrónico: bfernandezfernandez@sescam.jccm.es

## Objetivos

**General:** Determinar la percepción y comportamiento de los usuarios polimedificados en el manejo de la medicación que pueden influir en el cumplimiento del tratamiento.

## Específicos:

- Examinar los conocimientos y habilidades que tienen los pacientes polimedificados en el manejo de su tratamiento.
- Explorar la opinión y las creencias que tienen los pacientes polimedificados sobre su tratamiento.
- Conocer el grado de cumplimiento terapéutico de los participantes.
- Identificar las estrategias del paciente polimedificado que facilitan la toma de la medicación.
- Enumerar las dificultades en el manejo del tratamiento.

## Metodología

Estudio descriptivo transversal observacional.

**Población diana:** pacientes polimedificados de cinco cupos de los Centros de Salud de Sillería, Buenavista, Olías del Rey, Yuncos y Argés. Criterios de inclusión: polimedificado (más de 5 fármacos), duración del tratamiento: más 3 meses, vías de administración: oral, parenteral, inhalatoria y tópica, medicación o productos con y sin indicación médica. Muestreo por reclutamiento.

**Variables del estudio:** Independientes (edad, sexo, nivel de estudios, TSI -aportación a farmacia-, actividad laboral, situación familiar, patologías, número de fármacos, fármacos genéricos / no genéricos, vía de administración de los fármacos, tiempo que lleva tomando el máximo número de fármacos). Variables dependientes: Cuestionario *Brief Medication Questionnaire* de cumplimiento terapéutico y cuestionario *ad hoc* (conocimientos, habilidades, creencias, dificultades y estrategias de afrontamiento).

## Revisión de la historia clínica.

**Captación:** primera llamada telefónica para propuesta de participación, segunda llamada telefónica el día previo a la cita para recordar que traiga la medicación que toma y entrevista presencial para recogida de datos y evaluación del manejo de los fármacos.

**Análisis de datos:** paquete estadístico SPSS 18.0.

**Limitaciones del estudio:** sesgo de respuesta, sesgo de procedimiento (duración de la entrevista), sesgo del entrevistador (puesta en común de metodología de realización), utilización de un cuestionario no validado.

## Aplicabilidad de los resultados

Conocer la percepción, creencias y comportamiento en el manejo de la medicación que dependen del propio paciente, puede ser útil para identificar el

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



grado de complejidad, las dificultades o fortalezas en el manejo y así poder orientar en el diseño de intervenciones que potencien el empoderamiento, el cumplimiento terapéutico y la seguridad de la persona polimedicada.

**Aspecto ético-legales**

Se solicitará autorización a la Gerencia de Atención Primaria de Toledo. Confidencialidad de los datos y consentimiento informado por escrito.

**Financiación**

No se requiere.

# Adecuación de la prescripción farmacológica en mujeres en tratamiento para osteoporosis

Blázquez JD, Chaves E, Gómez L, Mamani E y Ruiz L

Centros de Salud de "Sillería",  
"Buenavista", "Illescas" y  
Camarena. Toledo.  
Gerencia de Atención Primaria  
de Toledo.

Correo electrónico:  
davidmed2014@gmail.com

## Objetivos

### Específicos:

- Estudiar la adecuación de la prescripción de tratamiento farmacológico para osteoporosis en pacientes posmenopáusicas en tratamiento de los cupos de 4 médicos de familia docentes del Área de Salud de Toledo según la guía de práctica clínica de la SEIOMM, NOGG y SIGN.

### Secundarios:

- Analizar la prescripción del tratamiento de la osteoporosis en estas mujeres.
- Estudiar la adecuación de indicación de tratamiento, realización de densitometría según las guías comentadas previamente.
- Analizar la realización de densitometrías en estas mujeres y el impacto que sus resultados puedan tener en el abordaje terapéutico.
- Comparar los resultados según cada una de las guías (porcentaje de adecuación).

## Material y métodos

Estudio observacional, transversal y retrospectivo. Se analizarán los datos de la historia clínica de pacientes de cuatro cupos de distintos médicos de familia docentes del área de salud de Toledo que consten como bajo tratamiento farmacológico para la osteoporosis según DIGITALIS (inicialmente desde septiembre de 2016 a septiembre de 2017). Se estima una población de 121 pacientes, lo que supone un 8.7 % de precisión y un error relativo del 15 %. Se incluirán a todas las mujeres en tratamiento específico para osteoporosis. Se excluirán a todas las mujeres con osteoporosis secundaria y a las que no se pueda acceder a su historia.

La variable principal es el porcentaje de inadecuación del tratamiento. Este se va a definir en función de criterios de adecuación de la guía de osteoporosis de SEIOMM, de la guía NOGG (que incluye utilización de FRAX, para el cual utilizaremos los valores de corte del modelo FRIDEX) y de la guía SIGN (que utiliza la herramienta QFracture).

Se medirán variables de tipo:

- Sociodemográficas (edad).
- Prescripción (origen de prescripción, fecha de inicio, primera elección, tiempo de tratamiento, cambios de fármaco).
- Densitometría (existencia de la misma, valor, modificaciones en tratamiento, seguimiento).
- Riesgo de fractura según herramientas (FRAX, QFracture y riesgo de caídas).

### Estrategia de análisis estadístico:

- Descripción de la muestra, cálculo de medias (variables cuantitativas) y de proporciones (variables cualitativas) de las variables descritas con sus intervalos de confianza al 95 %.
- Cálculo de porcentaje de adecuación según cada guía.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



- Análisis de concordancia en adecuación mediante índice Kappa entre las distintas guías.

Limitaciones del estudio: Se estudian pacientes de cupos de médicos tutores, lo cual puede suponer un sesgo (se les presupone mejor prescripción y manejo). Por otra parte no se obtiene representatividad de área.

Las propias de los estudios de revisión de historias clínicas, pudiendo estar incompletas.

#### **Aplicabilidad de los resultados**

Nuestro proyecto puede aportar datos preliminares sobre adecuación, prescripción inducida, uso

de herramientas para cálculo de riesgo (corregidas para nuestro medio) y concordancia entre guías, útiles para orientar futuros estudios más amplios.

#### **Aspectos ético-legales:**

Se garantizará la anonimización de los datos clínicos, disociándolos de los de identificación de los pacientes y presentándolos de forma agregada. Consideramos no necesaria la autorización de un CEIC al ser observacional y accediendo tan sólo cada tutor a los datos de sus propios pacientes.

#### **Financiación**

No precisa.