

# XLIII Congreso de la semFYC - Donostia

Donostia, del 11 al 13 de mayo de 2023

## MEJOR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**Proyecto BEAMER. Desarrollo de un modelo predictivo de falta de adherencia terapéutica para mejorar el cumplimiento, los resultados en salud, la calidad de vida y la eficiencia de la atención médica (oral)**

DOI: 10.55783/rcmf.16E1001

Jaime Barrio Cortés<sup>a</sup>, Beatriz Merino-Barbancho<sup>b</sup>, Ana Roca-Umbert Würth<sup>c</sup>, Andrés Gaspar Castillo Sanz<sup>d</sup>, Miguel Rujas Atahonero<sup>b</sup> y Francisco Lupiáñez Villanueva<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria en Atención Primaria (FIIBAP). Madrid (España)

<sup>b</sup> Universidad Politécnica de Madrid (España)

<sup>c</sup> Predictiby. Madrid (España)

<sup>d</sup> Fundación Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid (España)

### OBJETIVOS

La adherencia del paciente al tratamiento en los pacientes de alto riesgo es fundamental para maximizar el beneficio del tratamiento y un factor clave para una variedad de resultados de salud posteriores. En este perfil de pacientes, la falta de adherencia se asocia con una mayor morbilidad y una sobrecarga de costes muy significativa para los sistemas de salud. El objetivo de este proyecto es describir las características y la adherencia a la medicación de una población de pacientes crónicos de alto riesgo para poder desarrollar un modelo predictivo de falta de adherencia a la medicación a partir de Real World Data.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal con enfoque analítico. Se incluirán el total de pacientes con al menos una enfermedad crónica  $\geq 18$  años de la Comunidad de Madrid, estratificados como de alto riesgo e identificados por los grupos de morbilidad ajustados (GMA) integrados en la historia clínica electrónica de Atención Primaria (AP) de la Comunidad de Madrid. Se estudiarán variables sociodemográficas, de estilos de vida, clínicas, de utilización de servicios y de tratamiento, que se recogerán de la historia clínica electrónica de AP (AP-Madrid) y de Sistemas de Información Farma-

céutica. Análisis univariado, bivariado y regresión logística. La principal limitación del estudio se basa en la fuente de datos que se va a utilizar.

### APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

La finalidad del proyecto europeo H2020-IMI «BEAMER» es poder mejorar los niveles de adherencia de los pacientes a lo largo de su atención médica, lo que mejorará su estado de salud y calidad de vida, así como la accesibilidad y sostenibilidad de la atención médica. Este estudio nos permitirá desarrollar y hacer una extensa búsqueda de datos que pueda predecir la falta de adherencia al ayudar a comprender mejor la complejidad de los factores que influyen en la adherencia de estos pacientes al centrarse en los «individuos reales» en lugar de en los «individuos ideales» a través del conocimiento de las características y la adherencia a la medicación de una gran población de pacientes crónicos de alto riesgo en base a datos de historia clínica electrónica y de farmacia de Real World Data. El modelo predictivo de falta de adherencia a la medicación que se desarrolle en base a datos de historia clínica y de farmacia posibilitará crear posteriormente una herramienta para poder identificarlos de forma automática en la historia clínica electrónica y así permitir hacer intervenciones personalizadas dirigidas a mejorar su adherencia, lo que puede repercutir de forma positiva en sus resultados en salud, calidad de vida y en la eficiencia de la atención médica.

### ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Estudio enviado en el mes de febrero al Comité Ético de Investigación en Medicamentos del Hospital Universitario de la Princesa y a la Comisión Central de Investigación de la Gerencia Asistencial de AP de Madrid para valoración y aprobación.

### FINANCIACIÓN

Financiado con fondos europeos Horizonte 2020 (H2020)-Innovative Medicines Initiative (IMI).

### CEI

Informe favorable Comisión Central de Investigación Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid. Código Comisión: 20230007.

## MEJOR RESULTADO DE INVESTIGACIÓN

### Los pacientes con planificación anticipada de decisiones (PAD) pueden dignificar y decidir al final de la vida respecto a quienes no tienen oportunidad o no quieren decisiones compartidas (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1002

Miguel Melguizo Jiménez<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> Carmen García Tirado<sup>b</sup>, María García de Haro<sup>a</sup>, Abelardo Martín Galán<sup>a</sup>, Marta Canet Jubierre<sup>c</sup> y Víctor Medina Salas<sup>d</sup>

<sup>a</sup> CS Almanjáyar. Granada (España)

<sup>b</sup> UDAFYC de Granada (España)

<sup>c</sup> CS Salobreña. Granada (España)

<sup>d</sup> CS Huetor Tajar. Granada (España)

#### OBJETIVOS

Estudiar en la población de fallecidos entre 2016 y 2023 el impacto de la intervención de planificación anticipada de decisiones (PAD) y el perfil diferencial entre quienes dispusieron o no de PAD, respecto a la situación de salud y el proceso de atención al final de la vida.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio evaluativo retrospectivo realizado en una consulta de equipo de Atención Primaria (EAP) con una continuidad del médico de familia/comunidad de 33 años. La totalidad de fallecidos entre 2016 y 2023 fue de 98 personas (62 con PAD y 36 sin PAD). La intervención PAD se define como un proceso comunicativo y deliberativo, sistematizado y registrado, con pacientes y familia de siete dimensiones (VVA, cuidadora, información, capacidad, funcionalidad, preferencias y plan de actuación). Fuentes de información: historia clínica digital. Mediciones: contenidos de la PAD, perfil clínico-funcional del paciente y entorno del fallecimiento (lugar, acompañamiento, sedación). Se realizó análisis univariado, bivariado y multivariante (SPSS).

El estudio fue autorizado por un comité ético de investigación.

#### RESULTADOS

Del total de fallecidos durante 7 años, el 63 % tenía PAD. El perfil diferencial del fallecido sin PAD es hombre (61%) capacitado (92%) sin patología crónica (75%) y que fallece en hospital (64%). Se observa relación con relevancia clínica y significativa ( $p = 0,00$ ) entre PAD y patología crónica-compleja (66% con PAD, 25% sin PAD), situación de inmovilizado (61% con PAD, 8% sin PAD), fallecimiento en domicilio (66% con PAD, 36% sin PAD) y realizar sedación paliativa (71% con PAD, 13% sin PAD).

#### CONCLUSIONES

La PAD permite una intervención preferente en pacientes crónicos complejos e inmovilizados, habitualmente invisibles para el sistema sanitario. Tener PAD duplica las posibilidades de fallecimiento en domicilio y quintuplica la sedación paliativa. La longitudinalidad de la Atención Primaria favorece una atención que dignifica el final de la vida, a través de intervención de toma de decisiones compartidas, para la gran mayoría de la ciudadanía.

#### CEI

Comité de Ética de Investigación Granada. Código del estudio PAD-2023.

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

### Cuadro de mandos de indicadores para la evaluación de las recomendaciones formales de activos en las consultas de Atención Primaria (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1003

Ana María Carrera Noguero<sup>a</sup>, Elena Melús Palazón<sup>b</sup>, Mercedes Guilabert Mora<sup>c</sup>, Carmen Belén Benedé Azagra<sup>d</sup> y Marina Pola García<sup>e</sup>

<sup>a</sup> CS de Graus. Huesca (España)

<sup>b</sup> CS Amparo Poch-Actur Oeste. Zaragoza (España)

<sup>c</sup> Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante (España)

<sup>d</sup> CS Canal Imperial. Zaragoza (España)

<sup>e</sup> CS Almozara. Zaragoza (España)

#### OBJETIVOS

Implementar un cuadro de mandos de indicadores de evaluación de las recomendaciones formales de activos para la salud en las consultas de Atención Primaria (AP).

#### MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se desarrollará en Aragón durante los años 2021-2025. Aragón dispone de una Estrategia de Atención Comunitaria (EAC), cuyo objetivo es facilitar el desarrollo del servicio de atención comunitaria en sus equipos de Atención Primaria (EAP). El grado de utilización de la recomendación de activos (RA) en cada EAP no es uniforme en todo el territorio, por lo que se han identificado los EAP en los que se hará la evaluación de los indicadores. Los centros elegidos se encuentran en un nivel 4 de despliegue de la EAC, poseen agenda comunitaria y esquema formal de RA. Dentro del estudio se establecen tres fases.

- Fase 1: grupos nominales (expertos de salud pública, profesionales, proveedores y pacientes) para definir el modelo de RA en consultas de AP y estudio Delphi de validación de los criterios del modelo de RA en consultas de AP.
- Fase 2: generación de los indicadores a partir de los criterios definidos en el estudio Delphi por parte de los expertos.
- Fase 3: estudio de campo para evaluar la factibilidad de los indicadores y su sensibilidad para detectar cambios a lo largo del tiempo (6 y 12 meses). Se ha desarrollado un aplicativo web para el desarrollo del estudio. Las limitaciones del proyecto se sitúan en la complejidad en la medición de resultados tras la RA, la limitada evidencia publicada hasta el momento, así como la dificultad para el acceso a fuentes de datos (no accesibles en el momento actual desde los servicios de salud).

### APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Identificación de un conjunto de indicadores de evaluación de la RA en las consultas atendiendo a indicadores de estructura (requisitos básicos de los activos de salud que se van a recomendar y de la relación entre los equipos y los proveedores de activos), de proceso (funcionamiento de las actividades recomendadas y satisfacción de los pacientes) y de resultado (cambios en determinadas variables que se van a estudiar en relación con el impacto de las RA).

### ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

El proyecto ha sido aceptado por el Comité de Ética de la Investigación de Aragón (CEICA).

### FINANCIACIÓN

Estudio financiado por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) mediante una beca FIS, EvaLRA: Desarrollo de modelo de indicadores de evaluación en esquemas formales de recomendación de activos para la salud en Atención Primaria (PI20/00264). Fondo FEDER. Beca Isabel Fernández de ayuda para la realización de tesis doctoral. Convocatoria 2022.

### CEI

C.I. PI20/606 (acta número 01/2021).

## Efectividad de una herramienta diseñada para identificar áreas de mejora asistencial (MAPA-AP) versus el *feedback* habitual de indicadores: ensayo clínico aleatorizado por conglomerados sin enmascaramiento (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1004

Elisabet Balló Peña<sup>a</sup>, Francesc Fina Avilés<sup>a</sup>, Ariadna Mas Casals<sup>b</sup>, Albert Mercadé Costa<sup>a</sup>, Belén Enfedaque Montes<sup>c</sup> y Núria Nadal Braqué<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Sistemas de Información de los Servicios de Atención Primaria (SISAP). Barcelona (España)

<sup>b</sup> Dirección Asistencial de Atención Primaria del Institut Català de la Salut. Barcelona (España)

<sup>c</sup> Subdirección General de Atención Primaria. Departament de Salut. Barcelona (España)

### OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de la herramienta MAPA-AP, que, a partir de la integración y el análisis de los resultados de múltiples indicadores de calidad asistencial, permite un diagnóstico de la actividad asistencial de cada profesional e identifica sus áreas de mejora.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo clínico aleatorizado por conglomerados sin enmascaramiento. Se ha estimado necesario un total de 48 equipos de Atención Primaria (unos 720 profesionales). La intervención se llevará a cabo a nivel de profesional (médica/o y enfermera de Atención Primaria con pacientes asignados), aunque la aleatorización se hará a nivel de equipo para que todos los profesionales de un mismo equipo estén en el mismo grupo de intervención. El grupo control continuará recibiendo el *feedback* de indicadores habitual que se lleva realizando en nuestra comunidad autónoma desde hace más de 15 años, mientras que el grupo intervención recibirá la calificación global de la nueva herramienta MAPA-AP, la de cada una de sus dimensiones y se le destacarán sus áreas de mejora asistencial. El MAPA-AP es una herramienta que transforma la información de un conjunto de indicadores en un área de mejora asistencial o dimensión. Cada dimensión está compuesta por un conjunto de indicadores que se evalúan individualmente. Cada indicador tiene un resultado que se clasifica en función de unas metas y una ponderación en función de su relevancia clínica, que servirá para el cálculo del resultado de la dimensión. El MAPA-AP está formado por ocho dimensiones (organización, diagnóstico, prevención primaria, prevención secundaria, prevención cuaternaria, seguimiento, farmacia y resultados) que resumen un total de 335 indicadores. La variable principal será el resultado global sintético del MAPA-AP, sus dimensiones y los resultados de los indicadores. Como variables de ajuste se considerarán variables a nivel de equipo como la ruralidad, índice socioeconómico, la media de edad de los pacientes, el porcentaje de mujeres, el porcentaje de inmigración y el tamaño de los equipos. El análisis estadístico se hará mediante modelos mixtos a los 3, 6 y 12 meses. Entre las limitaciones del proyecto, hay que tener en cuenta que algunos indicadores incluidos en el MAPA-AP están en el programa de pago por desempeño de la comunidad (aunque esto afecta a ambos grupos). Además, los profesionales incluidos en el grupo de intervención no pueden ser ciegos.

### APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Los indicadores de calidad asistencial se utilizan desde hace muchos años en Atención Primaria y los profesionales reciben *feedback* periódico de sus resultados. Sin embargo, actualmente hay una enorme cantidad de indicadores, lo que dificulta su seguimiento, y no se hace un diagnóstico de la situación de cada profesional. Por

esto, si la herramienta MAPA-AP es efectiva, se podría simplificar mucho más el *feedback* que se envía a los profesionales. Se pasaría de un *feedback* de 335 indicadores a uno de 8 dimensiones. Haciendo la analogía con un paciente, sería pasar de un gran número de síntomas, signos y resultados de pruebas a un diagnóstico concreto. Además, permitiría intervenciones dirigidas e individualizadas para cada profesional en función de sus áreas de mejora (recomendaciones de lecturas, cursos, vídeos, etc.).

## ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Protocolo en trámite por el comité de ética correspondiente.

### CEI

Informe favorable del Comité Ético de Investigación con Medicamentos del IDIAP Jordi Gol. Código: CEIm 22/265-P.

## Ejercicio físico supervisado en sujetos con arteriopatía periférica sintomática. Ensayo clínico aleatorizado (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1005

M.<sup>a</sup> Teresa Alzamora Sas<sup>a</sup>, Rosa Forés Raurell<sup>b</sup>, Pere Torán Monserrat<sup>b</sup> y Guillem Pera Blanco<sup>b</sup>

<sup>a</sup> EAP Riu Nord-Riu Sud. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona (España)

<sup>b</sup> USR Metropolitana Nord. Mataró. Barcelona (España)

## OBJETIVOS

Principales: P1: conocer el aumento en la distancia caminada sin dolor en personas con claudicación intermitente (CI) a los 3 y 6 meses, comparando entrenamiento concurrente, resistencias y caminando frente a consejo de ejercicio físico. P2: determinar la mejora en el estado funcional general de las personas con CI a los 3 y 6 meses, comparando los cuatro grupos. P3: determinar la mejora en la calidad de vida de las personas con CI a los 3 y 6 meses en los cuatro grupos. P4: conocer si los programas de entrenamiento planteados mejoran el índice tobillo-brazo.

Secundarios: S1: determinar el mantenimiento de los objetivos P1, P2 y P3 a los 6 meses de haber finalizado la intervención. S2: conocer la proporción de sujetos que continúan haciendo ejercicio a los 6 meses. S3: determinar los objetivos P1, P2 y P3 en relación con la gravedad de la arteriopatía periférica (AP) (según el índice tobillo-brazo [ITB] basal) a los 3 y 6 meses. S4: analizar los cambios en el ITB a los 12 meses.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: ensayo controlado aleatorio. Los participantes serán asignados al azar a cuatro grupos. El grupo de intervención caminando realizará un programa tradicional supervisado de ejercicio progresi-

vo andando; el grupo de fuerza efectuará un programa de entrenamiento con resistencias, y el grupo de intervención del entrenamiento concurrente hará un entrenamiento progresivo combinado de fuerza y de resistencia. El grupo control recibirá consejo estándar. Sujetos: AP sintomática (CI) pertenecientes a una ciudad y con CI (clasificación de Leriche-Fontaine y de Rutherford). Inclusión de sujetos con AP con clínica de CI. Edad: > 40 años. Consentimiento informado. Exclusión: isquemia crítica y/o isquemia aguda de extremidades inferiores. Revascularización previa bilateral de extremidades inferiores. Amputación extremidad inferior. Cirugía mayor en los 3 meses previos. Enfermedades que impidan realizar la intervención. CI > 30-45 minutos del inicio de la claudicometría. Imposibilidad de ir al centro. N de 124 sujetos, 31 por brazo, la correlación entre la medida basal y final es de 0,5; una tasa del 20% de pérdidas de seguimiento, un riesgo alfa de 0,05; potencia del 80% y contrastes bilaterales.

## APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Conocer cuál es el mejor ejercicio para las personas con CI.

## ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Aprobado por Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) IDIAP Jordi Gol.

## FINANCIACIÓN

FIS: PI20/00129.

### CEI

Rosa Morros Pedrós, presidenta del CEIC del IDIAP Jordi Gol, certifica: que este CEIC, en la reunión del día 27 de mayo de 2020, ha evaluado el proyecto Ejercicio físico supervisado en sujetos con arteriopatía periférica sintomática. Ensayo clínico aleatorizado, con el código 20/035-P, y considera que respeta los requisitos éticos de confidencialidad y de buena práctica clínica vigentes.

## Mejora de la adherencia inicial a la medicación: protocolo de un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados basado en datos del mundo real (IMA-cRCT) en patología cardiovascular y diabetes en Atención Primaria (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1006

M.<sup>a</sup> Teresa Peñarrubia María<sup>a</sup>, Alba Sánchez Viñas<sup>b</sup>, Carmen Corral Partearroyo<sup>b</sup>, M.<sup>a</sup> Carmen Olmos Palenzuela<sup>a</sup>, Ignacio Aznar<sup>b</sup> y María Rubio Valera<sup>c</sup>

<sup>a</sup> ABS Bartomeu Fabrés Anglada. Gavà. Barcelona (España)

<sup>b</sup> Fundació Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat. Barcelona (España)

<sup>c</sup> Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat. Barcelona (España)

## OBJETIVOS

- Evaluar la efectividad y el coste-efectividad de la intervención compleja de mejora de la adherencia inicial a la medicación (IMA, por sus siglas en inglés: initial medication adherence) aplicada en Atención Primaria (AP) ante la primera prescripción de fármacos para patología cardiovascular y diabetes. Se espera que esta intervención mejore la adherencia y los parámetros clínicos de los pacientes.
- Evaluar su implementación, sus mecanismos de acción y su generalización.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El IMA-cRCT es un diseño híbrido de efectividad-implementación que consiste en un ensayo clínico pragmático controlado aleatorizado por conglomerados y que incluye una evaluación del proceso y un modelo económico. La intervención se ha llevado a cabo en 24 centros de AP y 37 farmacias comunitarias de Cataluña e incluye > 4.000 pacientes. Los pacientes con una nueva prescripción de un antihipertensivo, hipolipemiente, antiagregante plaquetario y/o antidiabético oral/inyectable recibieron la intervención IMA por parte de sus médicos de AP, apoyados por profesionales de enfermería y farmacia comunitarios. La intervención promueve la toma de decisiones compartidas empleando herramientas de apoyo a la decisión, comparada con la atención habitual. Se utilizarán datos de registros electrónicos para evaluar la efectividad y el coste-efectividad de la intervención a 12 meses. La evaluación de proceso incluye métodos cuantitativos y cualitativos para evaluar la implementación, los mecanismos de acción y el contexto de la intervención. Se construirán modelos de Markov para extrapolar los resultados del IMA-cRCT y estimar la rentabilidad a largo plazo de la intervención IMA.

## APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Este estudio proporcionará evidencia sobre la efectividad, eficiencia y viabilidad de la intervención IMA y una metodología innovadora para desarrollar y evaluar intervenciones complejas. Los resultados se difundirán entre las partes interesadas, incluidos los responsables de la toma de decisiones, los profesionales de la salud y los grupos de pacientes, y pueden tener implicaciones para la práctica clínica, las políticas sanitarias y la investigación.

## ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Previa autorización del Comité de Ética en Investigación (CEI) del Institut d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol, los profesionales sanitarios participantes han sido informados antes de la recogida de datos y han firmado su consentimiento. Se ha comunicado sobre la libre decisión de abandonar el proceso de investigación en cualquier momento. Además, pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación/supresión, oposición y cualquier otro derecho reconocido en los términos y condiciones establecidos por la legislación vigente en materia de protección de datos (Ley Orgánica de Protección de Datos [LOPD] 3/2018). De acuerdo con la regulación vigente, (EU) No 536/2014, el consentimiento in-

formado de participación de los pacientes se obtuvo por vía simplificada y fueron informados mediante pósteres informativos colgados en los centros de Atención Primaria (CAP) participantes. Los datos necesarios para evaluar la intervención se obtendrán a partir de la base de datos del Sistema de Información para el Desarrollo de la Investigación en Atención Primaria (SIDIAP). Para el proceso de evaluación, los pacientes seleccionados para ser entrevistados han firmado el consentimiento antes de la entrevista.

## FINANCIACIÓN

Este proyecto ha recibido financiación del European Research Council en el marco del programa europeo de investigación e innovación Horizonte 2020 europeo (beca número 948973). Se ha registrado como ensayo clínico en ClinicalTrials.gov (NCT05026775).

### CEI

Comité Ético de Investigación en Medicamentos (CEIm) IDIAP Jordi Gol 21/051-P.

## Proyecto CANCERLESS (prevención y detección precoz del cáncer entre la población sin hogar en Europa): coadaptación e implementación del modelo del navegador de salud (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1007

Jaime Barrio Cortés<sup>a</sup>, Rosa Gómez Trenado<sup>a</sup>, Miguel Rico Varadés<sup>b</sup>, Tomás Gómez Gascón<sup>a</sup> y Valle Coronado Vázquez<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria en Atención Primaria (FIIBAP). Madrid (España)

<sup>b</sup> Consejería de Familia, Juventud y Política Social. Madrid (España)

<sup>c</sup> CS Las Cortes. Madrid (España)

## OBJETIVOS

La población sin hogar en Europa tiene una esperanza de vida 30 años menor que la población general y su mortalidad por cáncer es el doble. Este proyecto tiene como objetivo ofrecer servicios de atención sociosanitaria desde un enfoque de equidad y centrado en la persona, para prevenir el cáncer y facilitar la detección precoz en las personas adultas sin hogar a partir de la implementación de una intervención basada en el modelo del navegador de salud y del empoderamiento del paciente.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio piloto enmarcado en el proyecto europeo CANCERLESS. Previamente se ha realizado un estudio cualitativo mediante entrevistas individuales y grupos focales a profesionales sociosanitarios y personas sin hogar. Los resultados de este estudio han sido la base para este piloto. Se realizará en recursos sociosanitarios de Red de Atención Social de Madrid, del SERMAS y organizaciones sociales

durante 18 meses.

El tamaño muestral será de 400 personas sin hogar > 18 años. La intervención estará basada en la actuación del navegador de salud como facilitador de acceso a la prevención primaria y secundaria del cáncer. Marcos CFIR y RE-AIM para evaluación de la implementación. Un navegador de salud en cuatro líneas temporales desarrollará las intervenciones y la evaluación de resultados: T0-inicio, T1-4 semanas desde el inicio, T2-trimestre, T3-semestre, que medirá el antes y después de las intervenciones.

Las variables estudiadas serán sociodemográficas, socioeconómicas, clínicas, de uso de farmacia y servicios sanitarios, administrativas, de barreras de acceso, de exclusión social, de cuidados, de calidad de vida, de comunicación interpersonal y de atención centrada en la persona. Se recogerán en las entrevistas del navegador de salud con la persona y mediante explotación de historia clínica e historias sociales. Se hará un análisis univariado, bivariado y multivariado. La participación depende de la iniciativa e interés propio de los pacientes, lo que puede provocar sesgos.

#### APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

El Modelo del Navegador de Salud ha demostrado eficacia para superar las desigualdades en salud y facilitar el acceso oportuno de las personas, sus familias y cuidadores a una atención sanitaria y psicosocial de calidad, a través del continuo de atención del cáncer. Además, está diseñado para proporcionar un servicio sostenible para mejorar los resultados de salud, la satisfacción del paciente, la disminución de las tasas de no presentación y la reducción de disparidades e inequidades en la atención.

Los resultados de este proyecto pionero adaptarán, implementarán y evaluarán esta intervención basada en el navegador de salud y empoderamiento para personas sin hogar que requieran atención primaria y/o secundaria para la prevención y detección precoz del cáncer. Se espera que el piloto realizado dentro del proyecto ayude a mejorar el acceso a la atención médica para esta población, el acceso a la prevención y el cribado para el cáncer, evitando las inequidades en salud mediante un nuevo modelo de continuidad asistencial sociosanitaria innovador.

#### ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Estudio aprobado por el Comité Ético de Investigación en Medicamentos (CEIm) del Hospital Universitario de la Princesa y la Comisión Central de Investigación de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid.

#### FINANCIACIÓN

Financiado con fondos europeos Horizonte 2020.

#### CEI

CEIm del Hospital Universitario de la Princesa, número de registro: 4838. Aprobación el 6 de junio de 2022, acta CEIm 11/22. Comisión Central de Investigación de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Código Comisión: 20220020. Informe favorable en acta 4/2022.

## PÓSTERES CON PRESENTACIÓN ORAL (PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN)

### Abordaje de la fragilidad en Atención Primaria: evaluación de la efectividad de una intervención multifocal mediante un ensayo clínico aleatorizado (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1008

*Uxue Lazcano<sup>a</sup>, Maier Mateo Abad<sup>a</sup>, Miriam Hernández González<sup>a</sup>, Kalliopi Vrotsou<sup>a</sup> y Leonor Rico Sánchez<sup>a</sup>*

<sup>a</sup> IIS Bionostia. Donostia. Gipuzkoa (España)

#### OBJETIVOS

La fragilidad es un factor relevante porque, además de ser un factor de riesgo independiente para la aparición de eventos adversos, es potencialmente reversible y, por lo tanto, abordar la fragilidad es clave en la prevención de la dependencia. Existen evidencias de que las intervenciones basadas en el ejercicio, la dieta o el control de la polifarmacia, entre otras, son efectivas en esta dirección. Sin embargo, el abordaje de la fragilidad no está sistemáticamente incorporado en la red de Atención Primaria (AP), por ello el objetivo del presente trabajo es evaluar la eficacia de una intervención multifactorial en personas frágiles, coordinada por profesionales de AP.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un ensayo controlado aleatorizado con seguimiento a los 6 y 12 meses. Los participantes son personas frágiles de más de 70 años. Al grupo intervención se les da una formación en la adecuación de la prescripción, hábitos nutricionales y ejercicio. Con esta formación llevan a cabo la intervención que consideren oportuna para cada participante. El grupo control recibe la atención habitual. Se recogen datos sobre variables funcionales, cognitivas y muestras de sangre. En cada seguimiento, se extraerá información sobre prescripciones, institucionalización y hospitalizaciones. Los principales resultados serán la mejora de la capacidad funcional y la reducción de eventos adversos relacionados con la fragilidad.

#### APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Se espera que el presente estudio corrobore la efectividad de una intervención multifactorial sobre la fragilidad para retrasar la dependencia. Su implementación a nivel de AP es factible y se puede hacer con pocos recursos adicionales. Asimismo, proporcionará beneficios con un gran impacto positivo en otros niveles asistenciales.

## ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará a lo dispuesto en la actualización del 25 de julio de 2019 de la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales.

## FINANCIACIÓN

El presente estudio cuenta con la financiación del Instituto de Salud-Carlos III (ref. PI18/01558)

### CEI

CEIm Euskadi PI2019069.

## ADINBERA: estudio sobre la vulnerabilidad en personas mayores (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1009

Miriam Hernández González<sup>a</sup>, Leonor Rico Sánchez<sup>a</sup>, Uxue Lazcano<sup>a</sup>, Mainer Mateo Abad<sup>a</sup> y Kalliopi Vrotsou<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Grupo de Investigación en Atención Primaria y Osis. Osakidetza-Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia. Donostia. Gipuzkoa (España)

## OBJETIVOS

El objetivo principal es diseñar y construir una cohorte poblacional en un municipio urbano que permita generar nuevo conocimiento sobre los principales factores que determinan situaciones de vulnerabilidad en las personas mayores y permitan el estudio de los procesos de envejecimiento de una manera integral.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes longitudinal y con seguimiento anual de los participantes en el período que dure el estudio. Se reclutarán personas mayores de 65 años que se presten voluntarias a participar, residentes en un área urbana que contaba en 2021 con 4.182 personas dentro del rango de edad seleccionado. Se excluyen personas que sean dependientes. Se estima contar con 300 participantes al año durante 3 años. Se hará difusión del proyecto por distintos canales, contando con la participación de los agentes implicados (ayuntamiento, sistema de salud, instituto de investigación) y se invitará a las personas mayores a participar. La recogida de datos se hará mediante entrevistas cara a cara ejecutadas por personal de enfermería entrenado. En la entrevista se recogerán datos sociodemográficos, hábitos de vida, capacidad motriz, capacidad cognitiva, medidas antropométricas y medidas de actividad física y sueño. También se recogerán muestras de sangre, orina y heces. Se considerarán también factores determinantes del contexto comunitario. Mediante el análisis de los datos, se caracterizará a la población de estudio según los diferentes factores relacionados con la vulnerabilidad. Se

usará una combinación de análisis de correspondencias múltiple y análisis de clúster, para así estudiar la relación entre estos factores y observar cómo definen las diferentes tipologías de personas.

## APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Los resultados del proyecto permitirán describir los principales patrones de vulnerabilidad en las personas mayores para así identificar los factores clave modificables. Se identificarán ventanas de intervención óptimas para modificar dichos factores y evaluar su impacto en la fragilidad. Con todo ello, se espera mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

## ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

El presente estudio se ceñirá en todo momento a la Declaración de Helsinki y a la Ley de Protección de Derechos de los Pacientes (Ley 15/2002). Todos los datos recogidos en este proyecto serán registrados de forma seudonimizada, siguiendo estrictamente las leyes y normas de protección de datos en vigor (Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales). Todas las personas reclutadas para este estudio tendrán que firmar un consentimiento informado previamente autorizado por el comité ético de investigación (CEIm) correspondiente. La gestión de las muestras biológicas se realizará ajustándose a la Ley 14/2007 de investigación biomédica y al Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre, por el que se establecen los requisitos básicos de autorización y funcionamiento de los biobancos con fines de investigación biomédica y del tratamiento de las muestras biológicas de origen humano.

## FINANCIACIÓN

El estudio ha sido financiado por la Fundación Muñoa, cuyos fines son la realización de actividades encaminadas a la asistencia y beneficio de las personas mayores.

### CEI

Este estudio está aceptado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos de Euskadi (CEIm-E). Versión del protocolo: versión 2, 18 de octubre de 2022. Código interno: EOM2022066.

## Barreras y facilitadores en Atención Primaria para el uso de maniobras diagnósticas y de tratamiento del vértigo posicional paroxístico benigno. Estudio cualitativo con grupos focales (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1010

Patricia Hernández Méndez<sup>a</sup>, Sheena Daryanani Nawalrai<sup>a</sup> y Malgorzata Anna Rozenek<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CAP Florida Nord. Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)

## OBJETIVOS

### Objetivo principal:

Explorar las barreras y facilitadores en la adherencia a las guías de práctica clínica (GPC) en el manejo del vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) desde la perspectiva de los profesionales de la salud de Medicina Familiar en el contexto del Servicio de Atención Primaria Delta.

### Objetivo secundario:

Explorar la utilidad del dispositivo NYSTAREC para facilitar el uso de esta metodología por parte de los/las profesionales de la salud.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio cualitativo mediante grupos focales. *Población de estudio:* médicas y médicos de familia de Atención Primaria del Servicio de Atención Primaria Delta. El muestreo será intencionado y razonado, con seis grupos de 8-10 participantes según criterios de sexo, edad, años de experiencia profesional y equipo de Atención Primaria (aproximadamente 48-60 profesionales). *Recogida de datos:* se realizarán entrevistas estructuradas en reuniones de 90 minutos, hasta la saturación de la información. En cada sesión habrá un miembro del equipo investigador que hará de moderador y otro de observador. Previa a las sesiones, se elaborará un guion a base de preguntas abiertas. Se transcribirán las reuniones y se hará un análisis del contenido temático mediante tres investigadores independientes.

## APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

El VPPB es la causa más frecuente de vértigo periférico. Su diagnóstico se hace con las maniobras de exploración vestibular y se trata mediante las maniobras de recolocación canalicular. Pese a que son técnicas respaldadas por GPC, están infrautilizadas. Nuestro estudio busca dar una explicación a este hecho, pudiendo así abordar las barreras y fomentar los facilitadores para una correcta práctica clínica del VPPB. Además, será posible explorar la utilidad del dispositivo NYSTAREC para favorecer el uso de esta metodología por parte de los profesionales de la salud.

## ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Previa autorización del Comité de Ética en investigación del Institut d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol (en proceso de autorización), los participantes serán debidamente informados antes de las entrevistas y la recogida de datos. Se informará de la libre decisión de abandonar en cualquier momento del proceso de investigación. La entrevista será totalmente anónima, garantizando el tratamiento de los datos en base al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo Europeo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas con respecto al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD), y la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD).

## FINANCIACIÓN

El presente estudio no requiere financiación económica, aunque dispone del respaldo del Centro de Atención Primaria (Institut Català de la Salut [ICS]) y de la Unitat de Suport a la Recerca (IDIAP) Jordi Gol.

### CEI

Código CEIm IDIAP Jordi Gol: 22/203-P aprobado el 30 de noviembre de 2022.

## Comparación de dos modelos de riesgo para seleccionar a la población de riesgo en el cribado de cáncer de pulmón en Atención Primaria (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1011

M.<sup>a</sup> Mercè Marzo Castillejo<sup>a</sup>, Pere Josep Simonet Aineto<sup>b</sup>, Cinta Estrada Alifonso<sup>c</sup>, Anna Ramón<sup>d</sup> y J. Ignacio Aioiz Linares<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Unitat de Suport a la Recerca Metropolitana Sud. IDIAP Jordi Gol. Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)

<sup>b</sup> CAP Viladecans II. Viladecans. Barcelona (España)

<sup>c</sup> CAP Sant Josep. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)

<sup>d</sup> CAP Disset de Setembre. El Prat de Llobregat. Barcelona (España)

<sup>e</sup> CAP El Clot. Barcelona (España)

## OBJETIVOS

Comparar la utilidad de dos modelos para identificar el riesgo de cáncer de pulmón. Estudio diseñado para facilitar la selección desde Atención Primaria (AP) de los participantes en el estudio europeo de cribado del cáncer de pulmón 4 IN THE LUNG RUN. Los modelos son: a) historia de tabaquismo de como mínimo 35 paquetes-año y ser fumador actual o exfumador en los últimos 1 a 10 años (EST), y b) tener un riesgo de cáncer de pulmón a 6 años superior al 2,2% (PLCom2012norace).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo multicéntrico de una cohorte de personas con riesgo de cáncer de pulmón. El ámbito de estudio es la AP, en cinco centros de salud de dos sectores sanitarios. Las personas de 60-79 años que cumplan con los criterios de riesgo EST o PLCom2012norace se considerarán elegibles para una tomografía computarizada (TC) a dosis baja. Las variables del riesgo EST son edad e historia de tabaquismo (fumador, exfumador, cigarrillos/día, tiempo de tabaquismo, años que hace que dejó de fumar) y para el cálculo del riesgo PLCom2012norace: edad, nivel de estudios, índice de masa corporal, antecedentes personales de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y/o cáncer, antecedentes personales de cáncer, antecedentes familiares de cáncer de pulmón e historia de tabaquismo. La preselección de la población es a través de la historia clínica electrónica (HCE) en base a edad (60-79) y hábito tabáquico (fumador actual, exfumador en los últimos 1-10 años). En las consultas de AP se aplicarán los



criterios de exclusión, se validará la información del riesgo de cáncer de pulmón a través del cuestionario creado *ad hoc* en la historia clínica informatizada. El 4 IN THE LUNG RUN requiere realizar 2.000 TC. Se estima que un 50% de las personas identificadas con riesgo rechazarán participar, por lo que el número de casos incluidos en el análisis será de 4.000 casos. Descriptiva de las variables y comparativa del riesgo obtenido, teniendo en cuenta las variables del modelo EST y las del modelo PLCOm2012norace, el cual incluye las variables del modelo EST. Una limitación del estudio es la capacidad de selección y reclutamiento de las personas de riesgo de desarrollar cáncer de pulmón.

### APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

La recomendación de la Comisión Europea es iniciar programas de cribado de cáncer de pulmón piloto en sus países miembros. Los resultados del estudio son clave para poder desarrollar un modelo de cribado de cáncer de pulmón basado en la estratificación del riesgo y la incorporación de las tecnologías (HCE) en el núcleo de la actividad sanitaria y la participación más activa de la AP.

### ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Actividad clínica habitual para la identificación de la población de riesgo. Las personas que participen serán debidamente informadas antes de hacer el cuestionario en AP, la derivación a estudio y la recogida de datos. Se informará de la libre decisión de abandonar en cualquier momento el estudio. Todos los datos se manejarán de conformidad con la Ley de Protección de Datos (Ley Orgánica 3/2018 y Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo).

### FINANCIACIÓN

Beca PERIS 2022-2024.

#### CEI

IDIAP Jordi Gol: 22/095-P.

## Diseño y evaluación de una plataforma interactiva de actividades comunitarias promovida desde la Atención Primaria para fomentar la salud y el bienestar en una población de un área básica (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1012

Cristina Rey Reñones<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> Roser Pedret Llaberia<sup>b</sup>, Teresa Basora Gallisà<sup>b</sup>, Francisco Martín Luján<sup>c</sup> y Anna Segarra González<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Unitat de Formació, Docència i Suport a la Recerca. Reus. Tarragona (España)

<sup>b</sup> EAP Mont-Roig del Camp. Tarragona (España)

<sup>c</sup> Gerència Territorial Camp de Tarragona. Reus. Tarragona (España)

<sup>d</sup> Fundació Universitat Rovira i Virgili. Tarragona (España)

### OBJETIVOS

Diseño de una plataforma interactiva de actividades comunitarias (*ad hoc*) y evaluación de la efectividad para mejorar la salud y el bienestar de la población adscrita a una zona básica de salud.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Enfoque metodológico convergente que combina metodología cualitativa y cuantitativa con un diseño antes-después. El ámbito de estudio es la Atención Primaria (AP) y Comunitaria de un equipo de salud para más de 13.000 habitantes distribuidos en dos núcleos urbanos. La estrategia de reclutamiento se llevará a cabo según su adecuación al estudio cualitativo, de manera intencionada y razonada se buscará la representatividad en el discurso. Se priorizará un muestreo teórico con un esquema conceptual previo, donde se seleccionarán las unidades de muestreo según tipologías descritas previamente. Para el estudio cuantitativo se recogerán los datos de la población asignada al equipo de salud, así como la usabilidad e información proporcionada por la aplicación de todos los usuarios participantes. Se invitará a instituciones y a la población de referencia a que se descarguen una aplicación móvil diseñada *ad hoc* bajo las directrices del equipo de AP. Esta aplicación conectará a los participantes, a las instituciones y al propio equipo de Atención Primaria (EAP). La recogida de datos inicial se hará a través del trabajo de campo etnográfico previo a la identificación de activos sociales y sanitarios. Se hará una evaluación basal y final del bienestar y del estado de salud de la comunidad mediante indicadores de salud utilizados por los sistemas de información de AP. Se añadirá la información de los datos cuantitativos de la propia plataforma digital (usabilidad y viabilidad). El estudio cualitativo pretende un acercamiento a las experiencias de los agentes y profesionales de diferentes ámbitos a partir de un trabajo de campo basado en técnicas mixtas. Los principales grupos de datos cuantitativos identificarán la calidad de vida, la autopercepción de salud, enfermedades crónicas, consumo de recursos sanitarios, consumo de fármacos y frecuentación de la AP. Para el análisis de los datos cualitativos, se usará una herramienta de análisis de contenido y discurso de datos que facilitará su manejo, organización e interpretación. Una vez transcritas las entrevistas en el *software*, se generarán una serie de temas/códigos que aparezcan con más frecuencia y estos a su vez se agruparán en categorías para dar respuesta a los objetivos propuestos. Para la correcta consecución del proyecto, se contará con la participación de personal investigador experto en investigación cualitativa.

### APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Los resultados del proyecto permitirán visualizar posibles diferencias entre colectivos de población y reorientar las acciones sanitarias y sociales que permitan disminuir las desigualdades en la atención a la población. Además, permitirá comprobar la viabilidad de una herramienta innovadora en salud, así como su efecto en el bienestar y la salud. Su evaluación identificará nuevas necesidades, que contribuirán a una mejor planificación de las políticas sanitarias.

## ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Aprobación del Comité de Ética en Investigación del Institut d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol (código 22/103-P). El equipo investigador se compromete a seguir las recomendaciones de buenas prácticas en investigación.

## FINANCIACIÓN

El proyecto ha sido financiado por el Pla Estratègic en Recerca i Innovació en Salut (PERIS 21) [código SLT/21/000073].

### CEI

Código CEIm: 22/103-P.

## Estudio comparativo de seguridad entre los fármacos opioides y los fármacos analgésicos no opioides: proyecto de estudio de cohortes poblacional en Cataluña (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1013

Carlen Reyes Reyes<sup>a</sup>, Cristina Carbonell Abella<sup>a</sup>, Meritxell Aivar Blanch<sup>a</sup>, César Díaz Torné<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> Antònia Pou Giménez<sup>a</sup> y Daniel Martínez Laguna<sup>a</sup>

<sup>a</sup> IDIAP Jordi Gol. Barcelona (Barcelona)

## OBJETIVOS

Determinar la incidencia de los eventos adversos entre personas usuarias de opioides versus usuarias de analgésicos no opioides.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Diseño:** estudio de cohortes poblacional utilizando la base de datos del Sistema de Información para el Desarrollo de la Investigación en Atención Primaria (SIDIAP) ([www.sidiap.org](http://www.sidiap.org)). **Inclusiones:** personas de 18 años o mayores, con al menos 1 año de datos previos y al menos dos dispensaciones incidentes y consecutivas de analgésicos opioides/no opioides (fecha índice) entre 2007 y 2019. **Exclusiones:** todas las personas con antecedentes de cáncer o cirugía mayor. **Seguimiento:** desde la fecha índice, 2007 o 1 año de visibilidad, hasta 2019, traslado a un centro fuera del ámbito del SIDIAP, éxitos o variable de resultado (evento adverso). **Exposiciones (códigos ATC):** analgésicos opioides (tramadol, codeína, fentanilo y morfina) y no opioides (antinflamatorios no esteroideos, inhibidores de la Cox-2, paracetamol/metamizol). **Variables de resultado (códigos CIE-10):** eventos cardiovasculares, fracturas, caídas, trastornos del sueño y gastrointestinales, dependencia a opioides, mortalidad general. **Otras:** edad y sexo, índice de deprivación MEDEA, índice de masa corporal (IMC), medicaciones y enfermedades asociadas al uso de opioides, índice de comorbilidad de Charlson, número de fármacos

dispensados, visitas en Atención Primaria (AP), hospitalizaciones y accidentes de tráfico. **Análisis estadístico:** curvas Kaplan-Meier para la persistencia de los fármacos. Propensity Score para el tiempo hasta el evento adverso por fármaco. Fine/Gray para comparar tiempo hasta el evento adverso entre opioides fuertes versus débiles, opioides versus fármacos antiinflamatorios, opioides versus fármacos analgésicos no antiinflamatorios, teniendo en cuenta el riesgo de mortalidad como riesgo competitivo. La regresión de Cox para estimar el riesgo de cada evento adverso por cada fármaco a estudio. Se incluirán a todas las personas registradas en el SIDIAP (2007-2009) que cumplan los criterios de inclusión/exclusión. En un estudio de viabilidad previo se identificaron a 1.186.887 personas usuarias de alguno de los fármacos que se estudiaban, de un total de 7.251.277 de personas registradas en el SIDIAP en 2016. **Limitaciones:** debido a la naturaleza de los datos existe un riesgo de infraregistro de eventos, lo que podría infraestimar la asociación entre los eventos adversos y los fármacos estudiados. La dispensación de fármacos no implica la toma del medicamento, sin embargo, al incluir solo pacientes con al menos dos dispensaciones consecutivas, minimizamos esta limitación. Por último, la información hospitalaria solo está disponible para un subgrupo de hospitales del Institut Catatà de la Salut.

## APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

El aumento en el consumo de opioides experimentado en las últimas décadas ha dado lugar a un incremento de eventos adversos asociados. En España existe una escasez de estudio que compartan la seguridad de estos opioides con otras alternativas analgésicas. Los resultados contribuirán a determinar el riesgo/beneficio de estos fármacos y ayudará a generar evidencia para la práctica clínica habitual.

## ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Al ser un estudio observacional con datos seudoanonimizados, no se requiere el consentimiento del paciente. Este estudio ha sido aprobado por el Comité Científico y ético del IDIAP Jordi Gol (P18/085).

## FINANCIACIÓN

Grupo GREMPAL.

### CEI

Estudio aprobado por el Comité Ético de Investigación del IDIAP Jordi Gol (P18/085).

## Estudio con perspectiva de género de la calidad de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 1 (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1014

Laia Cabré Bargallo<sup>a</sup>, Marta Hernández García<sup>b</sup>, Dídac Mauricio Puente<sup>c</sup> y Antonio Plana Blanco<sup>a</sup>

<sup>a</sup> ABS Balafià-Pardinyes Secà de Sant Pere. Lleida (España)

<sup>b</sup> Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida (España)

<sup>c</sup> Hospital de Sant Pau. Barcelona (España)

### OBJETIVOS

#### Objetivo principal:

- Analizar la influencia del género en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1).

#### Objetivos secundarios:

- Traducción y validación del cuestionario de calidad de vida ViDa1.
- Analizar con perspectiva de género la calidad de vida de las personas con DM1.
- Analizar con perspectiva de género la satisfacción con las tecnologías para el tratamiento de la DM1.

### MATERIAL Y MÉTODOS

- Traducción y validación del cuestionario de calidad de vida para personas con DM1. Actividad necesaria para nuestra población de estudio por las características de coexistir dos lenguas, castellano y catalán, con diferencias en el significado de palabras. Este cuestionario, ViDa1, está desarrollado para medir la CVRS en personas con DM1.
- Análisis con perspectiva de género de la calidad de vida en las personas con DM1. La versión traducida y validada al catalán del ViDa1 se incorporará al proceso asistencial vinculado a la historia clínica de la DM1 en el Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida (SEiN). Este proceso, como herramienta innovadora de gestión asistencial, permite recoger de forma estructurada la información derivada de los actos clínicos en tiempo real, generando actividades en función de sus datos y explotar indicadores clínicos con elaboración de informes periódicos. Este programa desarrollado en común por los centros que pertenecen al Institut Català de la Salut ofrece cobertura al 75% de la población catalana. Nuestro grupo está directamente implicado en el desarrollo e implementación del proceso asistencial. Mediante la explotación de los datos recogidos, realizaremos un segundo proyecto de evaluación con perspectiva de género de la calidad de vida de pacientes con DM1. En el proceso asistencial se recogen todas las variables clínicas que permitirán conocer el grado de control de la enfermedad, las complicaciones agudas y crónicas y su tratamiento. La inclusión específica de indicadores de género como el nivel de estudios, la actividad laboral o de cuidados, la dieta y la actividad física permitirá analizar con

perspectiva de género la calidad de vida de las personas afectas de diabetes. Las variables de resultado serán el grado de control de DM1, presencia de factores de riesgo cardiovascular asociados y la presencia de complicaciones tanto microangiopáticas (retinopatía, nefropatía y polineuropatía sensitivo-motora) como macroangiopáticas (eventos cardiovasculares).

- Analizar con perspectiva de género la satisfacción con las tecnologías para el tratamiento de la diabetes. Se analizará el grado de satisfacción con el tratamiento mediante los cuestionarios específicos como el Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaires (DTSQ), inicial y 6 meses después del cambio.

### APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Con estos resultados pretendemos saber qué implica para la salud emocional y física tener un género u otro y poder implementar estrategias terapéuticas adaptadas al género de nuestros pacientes con un abordaje holístico en Atención Primaria.

### ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Cada paso será presentado y aprobado por el comité ético de investigación (CEI) de la zona. Se hace un Data Management Plan (DMP) para certificar y aclarar los aspectos legales y éticos del proyecto.

### FINANCIACIÓN

No recibimos financiación.

### CEI

Pendiente de valoración del CEI.

## Estudio de casos y controles sobre la patogenicidad de *Dientamoeba fragilis* (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1015

Ander Burgaña Agoües<sup>a</sup>, Beatriz Joven Llorente<sup>a</sup>, Andrea Torrabadaella Gomariz<sup>a</sup>, Núria Barriendos Pérez<sup>a</sup>, Conchi Bistuer Mallén<sup>a</sup> y Xavier Salvia Noguer<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CAP de Sant Cugat del Vallès. Barcelona (España)

### OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es estudiar la relación entre la carga parasitaria y los parámetros inflamatorios intestinales en pacientes con *Dientamoeba fragilis* sintomáticos respecto a los no sintomáticos.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de casos y controles en población con *D. fragilis* donde los

casos serán pacientes con *D. fragilis* sintomáticos y los controles *D. fragilis* asintomáticos. El ámbito de estudio será la Atención Primaria (AP) en un área de salud de 300.000 habitantes distribuidos en nueve áreas básicas de salud y se llevará a cabo durante 1 año. El reclutamiento de los casos y los controles (serán sus convivientes) se realizará en la consulta de las médicas y los médicos de AP y se incluirán pacientes con *D. fragilis* en heces, sin presencia de otros gérmenes o patologías causantes de sintomatología digestiva. El muestreo será consecutivo. El número de sujetos necesarios: 128 casos y 256 controles. La intervención consistirá en hacer un análisis de heces por microscopía óptica y reacción en cadena de la polimerasa de parásitos y virus entéricos, coprocultivo y calprotectina en heces. También se llevará a cabo una encuesta clínico-epidemiológica sobre síntomas gastrointestinales, medición de índice de dolor abdominal y consistencia de heces (escala de Bristol) y datos sociodemográficos. Se estudiarán las variables de carga parasitaria de *D. fragilis*, nivel de calprotectina en heces y variables clínicas de síntomas gastrointestinales. Se propone análisis estadístico chi cuadrado o Fisher exacto para identificar resultados de pruebas bivariantes para variables categóricas, y la Mann Whitney U para las variables cuantitativas, seguidas por análisis de regresión logística múltiple.

### APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Los resultados del estudio aportarán un nuevo conocimiento sobre la patogenicidad de este parásito intestinal, con muy alta prevalencia tanto en la población infantil como en la adulta, que se ha puesto en duda desde su descripción. También ayudarán a interpretar mejor los resultados que nos encontramos en las consultas de AP. Podremos saber si puede haber un punto de corte de carga parasitaria a partir del cual cabe considerarlo como patógeno y ahondaremos en el papel de los portadores asintomáticos.

### ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

El presente proyecto se llevará a cabo de acuerdo con los principios básicos de protección de derechos y dignidad del ser humano, tal como consta en la Declaración de Helsinki (LXIV Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre de 2013), directrices nacionales (código deontológico del colegio profesional) y según normativa vigente. Se iniciará habiendo conseguido la aprobación del comité de ética de investigación con medicamentos (CEIm) y toda la información obtenida será tratada de manera confidencial, según cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD): Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo Europeo, del 27 de abril de 2016, de Protección de Datos (RGPD) y la nueva Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos personales y garantía de los derechos digitales.

### FINANCIACIÓN

Este proyecto ha recibido financiación con una beca de la Fundació Docència i Recerca Mútua Terrassa (junio de 2020) y con el Premio de Ayuda de Tesis Doctoral Isabel Fernández de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) (junio de 2021).

### CEI

Informe favorable del comité ético de investigación con medicamentos de la Fundación Asistencial Mútua Terrassa. Acta 12/2019.

## Estudio de intervención de pausas activas en los profesionales de Atención Primaria durante el tiempo de descanso de la jornada laboral (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1016

Xavier Salvia Noguer<sup>a</sup>, Andrea Torrabadaella Gomariz<sup>a</sup>, Ander Burgaña Agoües<sup>a</sup>, Marta Serra Gallego<sup>a</sup>, Enrique Arroyo Cardona<sup>a</sup> y M.<sup>a</sup> Dolors Ruiz Morilla<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CAP de Sant Cugat del Vallès. Barcelona (España)

### OBJETIVOS

- Promover las pausas activas (PA) en el personal sanitario y administrativo de Atención Primaria (AP).
- Comparar la actividad física (AF) habitual antes y después de la intervención de las actividades de PA en el tiempo de descanso de la jornada laboral.
- Comparar el nivel de estrés de los trabajadores antes y después de la intervención.
- Conocer el grado de satisfacción sobre una intervención de PA.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño cuasi experimental pre-post de una intervención de PA dirigida a personal de AP de nueve áreas básicas de salud. La muestra estará compuesta por todos los trabajadores y trabajadoras, alrededor de 500 personas. Se llevará a cabo en los propios centros de Atención Primaria (CAP) y la intervención se hará durante 6 meses. Los criterios de selección serán todo el personal activo que acude de forma continuada a los centros de trabajo, solo se excluirá a las personas que estén imposibilitadas para realizar las actividades propuestas. La intervención consistirá en una propuesta de PA que se hará en tres sesiones por semana durante los 20 minutos de descanso de la jornada laboral.

En cada sesión, la trabajadora o el trabajador elegirá hacer una de las dos actividades propuestas:

1. Caminar en un circuito de 300-400 m alrededor del centro de trabajo (se priorizará espacios verdes) donde realizar las repeticiones que ocupen el tiempo de descanso a un ritmo individual recomendable suave-moderado.
2. Batería de ejercicios de fuerza y flexibilidad (se habilitará en el centro un espacio con infografía). Previo inicio de las actividades, se hará una formación de cómo llevar a cabo estas actividades. Se valorarán antes y después de la intervención:
  - Nivel de AF que se hace mediante cuestionario IPAQ
  - Valoración del estado de cambio de AF.
  - Nivel de estrés (escala de estrés percibido PSS-14). También

se valorará el grado de realización de las sesiones mediante autorregistro por una aplicación móvil y el grado de satisfacción al final del estudio. El análisis estadístico contempla chi cuadrado o Fisher exacto para identificar resultados de pruebas bivariantes para variables categóricas, y la Mann Whitney U para las variables cuantitativas seguidas por análisis de regresión logística múltiple. Limitaciones del estudio: el diseño no permite comparar diferentes poblaciones.

## APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Consideramos que, en un entorno laboral donde no se hacen PA, la propuesta de que cada profesional haga AF en su tiempo de descanso dentro de la jornada laboral puede aportar diversos beneficios. A nivel individual puede reducir el estrés percibido, incrementar la AF y generar un cambio de estadio en la conducta. Y a nivel grupal puede mejorar la cohesión del equipo de trabajo.

## ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

El presente proyecto se llevará a cabo de acuerdo con los principios básicos de protección de derechos y dignidad del ser humano, tal como consta en la Declaración de Helsinki, directrices nacionales y normativa vigente. Se iniciará habiendo obtenido la aprobación del comité de ética de investigación, y toda la información obtenida será tratada de manera confidencial, según cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos.

## FINANCIACIÓN

Este estudio no dispone de financiación externa.

### CEI

Pendiente.

## Evaluación de la capacidad de la Atención Primaria para identificar e impulsar la participación de la población de riesgo en el cribado de cáncer de pulmón (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1017

Mercè Marzo Castillejo<sup>a</sup>, Carolina Guiriguet Capdevila<sup>b</sup>, Albert Brau Tarrida<sup>c</sup>, Mònica Monteagudo Zaragoza<sup>d</sup> y Juanjo Mascort Roca<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Unitat de Suport a la Recerca Metropolitana Sud. IDIAP Jordi Gol. Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)

<sup>b</sup> Sistemes d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària. Institut Català de la Salut. Barcelona (España)

<sup>c</sup> CAP La Mina. Barcelona (España)

<sup>d</sup> Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)

<sup>e</sup> CAP Florida Sud. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)

## OBJETIVOS

Evaluar la viabilidad de implementar un sistema de soporte electrónico en la historia clínica electrónica (HCE) para identificar el riesgo de cáncer de pulmón (PLCOM2012norace). Estudio diseñado para facilitar la selección de los participantes en el estudio europeo de cribado del cáncer de pulmón 4 IN THE LUNG RUN.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo multicéntrico de una cohorte de personas con riesgo de cáncer de pulmón. El ámbito de estudio es la Atención Primaria (AP), en cinco centros de salud (CS) de dos sectores sanitarios. La preselección de la población es mediante extracción de datos de la HCE en base a edad (60-79 años) y hábito tabáquico (fumador actual, exfumador en los últimos 10 años). El riesgo (probabilidad de cáncer de pulmón a 6 años: 0,0219) se obtendrá a partir de las variables del cuestionario PLCOM2012norace: edad, nivel de estudios, índice masa corporal, antecedentes personales de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema y/o cáncer, antecedentes familiares de cáncer de pulmón e historia de tabaquismo (fumador, exfumador, cigarrillos/día, tiempo de tabaquismo, años que hace que dejó de fumar).

En la HCE de las personas preseleccionadas se desplegará un cuestionario con las variables identificadas. En las consultas de AP se aplicarán los criterios de exclusión, se validará la información y se informará del estudio 4 IN THE LUNG RUN. Aquellas personas con criterios de elegibilidad, que acepten participar, serán derivadas a la oficina técnica 4 IN THE LUNG RUN, donde firmarán el consentimiento informado y donde se hará la aleatorización: tomografía computarizada (TC) de baja dosis anual o bienal.

El estudio incluye atención y apoyo a la deshabituación tabáquica. El 4 IN THE LUNG RUN requiere realizar 2.000 TC. Se estima que un 50% de las personas identificadas con riesgo rechazarán participar, por lo que se estima identificar unas 4.000 personas con riesgo. Se calcularán indicadores de cobertura y participación: individuos preseleccionados, cuestionarios realizados, individuos con criterios de riesgo, derivaciones al estudio europeo, TC realizados y deshabituación tabáquica. Los datos se analizarán según riesgo y por grupos específicos. Una limitación del estudio es la capacidad de selección y reclutamiento, lo que comportará ampliar el estudio a otros CS.

## APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

La recomendación de la Comisión Europea es iniciar programas de cribado de cáncer de pulmón piloto en sus países miembros. Los resultados del estudio son clave para poder desarrollar un modelo de cribado de cáncer de pulmón basado en la estratificación del riesgo, la incorporación de las tecnologías (HCE) en el núcleo de la actividad sanitaria y la participación más activa de la AP. Las lecciones aprendidas podrán extenderse a otros cribados poblacionales que permitan avanzar hacia esta nueva visión de cribado personalizado.

## ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Actividad clínica habitual para la identificación de la población de riesgo. Las personas que participen serán debidamente informadas antes de hacer el cuestionario en AP, la derivación a estudio y la recogida de datos. Se informará de la libre decisión de abandonar en cualquier momento el estudio. Las personas firmarán el consentimiento informado en el contexto del 4 IN THE LUNG RUN.

## FINANCIACIÓN

Beca PERIS 2022-2024.

### CEI

IDIAP Jordi Gol: 22/095-P.

## Evaluación de la efectividad de una intervención para la deprescripción de la aspirina a dosis bajas en prevención primaria cardiovascular (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1018

Ana Hernández Girbés<sup>a</sup>, Carlos Brotones Cuixart<sup>b</sup>, Nuria Martín Borges<sup>a</sup>, Daniel Sánchez Ruiz<sup>b</sup>, Nariman Chahboun El Messaoudi<sup>c</sup> y Carolina Higuera<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CAPI Baix-A-Mar. Vilanova i La Geltrú. Barcelona (España)

<sup>b</sup> CAP Sardenya. Barcelona (España)

<sup>c</sup> CAP Roger de Flor. Barcelona (España)

## OBJETIVOS

El objetivo principal es evaluar la efectividad de una intervención para la deprescripción del tratamiento con ácido acetilsalicílico (AAS) a dosis bajas en prevención primaria cardiovascular (CV).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de intervención cuasi experimental de tipo antes-después. Se trata de un estudio multicéntrico en el ámbito de la Atención Primaria en dos centros de salud urbanos y uno semiurbano. La población de estudio la conformarán todas aquellas personas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, igual o mayores de 18 años en tratamiento con AAS a dosis bajas como prevención primaria CV. La intervención consistirá en una sesión informativa al equipo de profesionales sanitarios de los tres centros de Atención Primaria participantes, explicándose la evidencia y las recomendaciones actuales acerca del tratamiento con aspirina a dosis bajas como prevención primaria CV y la necesidad de deprescripción de aquellos casos de tratamiento potencialmente inadecuado.

A lo largo de un período de 6 meses los facultativos deberán hacer una valoración individual de la adecuación del tratamiento con

aspirina de cada participante del estudio. Se explicarán los riesgos y beneficios del uso de la aspirina en prevención primaria y se darán las recomendaciones de su discontinuación en el caso de ser necesario, aunque la decisión final será consensuada con el paciente, una vez que esté bien informado. Se evaluará el porcentaje de pacientes que dejan de tomar aspirina al final del seguimiento. Se construirá un modelo de regresión logística para intentar identificar cuáles son los principales determinantes de que la intervención tenga éxito. Se incluirán en el modelo la edad, el sexo, los antecedentes de hipertensión arterial (HTA), diabetes, dislipemia y tabaquismo. Se considerará la significación estadística cuando el p-valor sea < 0,05. Los análisis se harán con el programa STATA/MP 14.2.

## APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

La aspirina en prevención primaria CV se considera una práctica de poco valor clínico, con más riesgos que beneficios. Siguiendo las recomendaciones actuales, con este estudio se pretende reducir la prescripción de aspirina en los casos en que su indicación sería inadecuada para así evitar los posibles efectos adversos de esta medicación, especialmente episodios de sangrado mayores evitables.

## ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Las personas participantes serán debidamente informadas y se les ayudará a comprender el consentimiento informado que deberán firmar. Los datos recogidos serán anonimizados, asegurándose la confidencialidad y el anonimato de los datos, siguiendo lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales y se cumplirá el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo Europeo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de los datos físicos en lo que respecta al tratamiento de los datos personales y a la libre circulación de estos. Proyecto enviado al Comité de Ética en Investigación del Institut d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol el 24 de enero de 2023, pendiente de aprobación.

## FINANCIACIÓN

Estudio sin fuente de financiación.

### CEI

Aprobado por el Comité Ético de Investigación con Medicamentos del IDIAP Jordi Gol.

## Evaluación de la utilidad y factibilidad de una intervención psicoeducativa para promover el bienestar emocional en profesionales sanitarios de Atención Primaria (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1019

Enric Aragonés Benaiges<sup>a</sup>, Josep Basora Gallisà<sup>b</sup>, Ariadna Mas Casals<sup>c</sup>, Sara Rodoreda Noguerola<sup>a</sup> y Meritxell Guitart Peces<sup>d</sup>

<sup>a</sup> CAP de Constantí. Tarragona (España)

<sup>b</sup> IDIAP Jordi Gol. Barcelona (España)

<sup>c</sup> Direcció d'Atenció Primària. Institut Català de la Salut. Barcelona (España)

<sup>d</sup> EAP de Sant Vicenç de Castellet. Barcelona (España)

### OBJETIVOS

La pandemia de la COVID-19 ha constituido una situación estresante para los profesionales sanitarios y ha generado malestar psicológico y la aparición de diversos trastornos mentales. En este contexto, se consideró necesario dotar a estos profesionales de estrategias y habilidades para poder gestionar la situación de estrés y minimizar su impacto negativo. Aunque actualmente la pandemia no parece un factor tan relevante, se ha puesto sobre la mesa la necesidad de velar por el bienestar emocional del conjunto de profesionales de la sanidad. Hipotetizamos que una intervención psicoeducativa grupal puede ser factible, útil y efectiva para aumentar su bienestar emocional y prevenir los problemas de salud mental.

Objetivo general: analizar la implementación de una intervención psicológica grupal para la promoción/prevenición de la salud mental y la mejora del malestar psicológico del conjunto de profesionales de Atención Primaria (AP).

#### Objetivos específicos:

- Medir los efectos clínicos de la intervención en términos de síntomas psicológicos, *burnout* y calidad de vida.
- Identificar factores predictores de los efectos clínicos de la intervención.
- Identificar distintos perfiles de profesionales en función de su respuesta clínica.
- Explorar, desde una perspectiva cualitativa, las percepciones y valoraciones de las/los profesionales de la sanidad que la reciben y de las/los psicólogos que la imparten respecto a la factibilidad, utilidad, efectividad e integración de la intervención en su contexto laboral y personal.
- Modelar/perfeccionar/individualizar la intervención.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio pragmático cuasi experimental en un entorno de práctica clínica real, con diseño antes-después y metodología mixta cuantitativa-cualitativa. *Ámbito*: esta experiencia se llevará a cabo en los 283 equipos de AP del Institut Català de la Salut y estará abierta a los trabajadores sanitarios de los diferentes perfiles profesionales de estos centros (n = 20.588). *Intervención*: intervención

psicoeducativa grupal impartida por psicólogos de forma descentralizada en los centros de salud. *Mediciones del procedimiento*: batería de indicadores cuantitativos sobre diferentes aspectos de calidad y rendimiento del proceso asistencial (número de cursos impartidos, número de participantes, adherencia, etc.). *De los participantes*: evaluación prospectiva mediante cuestionarios estandarizados: Professional Quality of Life ProQol (calidad de vida laboral, *burnout*), Depression, Anxiety, Stress DASS-21 (estado psicológico), Connor-Davidson CD-RISC (resiliencia), con puntos de evaluación antes de iniciar y al finalizar la intervención, y a los 3 y 6 meses. *Subestudio cualitativo*: estudio de aproximación fenomenológica para conocer las percepciones y valoraciones de los participantes respecto a la intervención psicoeducativa aplicada. Recogida de información mediante entrevistas individuales y entrevistas grupales *online*, dirigidas a sanitarios participantes en los grupos psicoeducativos y a los psicólogos que imparten la intervención.

### APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Los resultados permitirán conocer la utilidad y efectividad de la intervención psicoeducativa, modelarla y perfeccionarla, y promover su generalización.

### ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Estudio de factibilidad de una intervención en la práctica real, con participación voluntaria en la actividad y en las evaluaciones. Los participantes serán informados de los objetivos y procedimientos del estudio y se solicitará su participación en las evaluaciones cuantitativas y cualitativas mediante consentimiento informado.

### FINANCIACIÓN

PERIS: SLT021/21/000028.

#### Comité de ética de investigación

Comité de Ética de Investigación con Medicamentos del IDIAP Jordi Gol (22/086-PCV).

## Evaluando la opinión de las pacientes respecto a la implantación de un dispositivo para autotomas de citología (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1020

Carmen Guerrero Cano<sup>a</sup>, Raquel Díaz García<sup>a</sup>, Cristina Expósito Martínez<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> Cristina Lupiáñez Ramírez<sup>a</sup> y M.<sup>a</sup> Ángeles Villazán Cervantes<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CS La Caleta. Granada (España)

## OBJETIVOS

Conocer y explorar los elementos significativos que influyen en la preferencia de las mujeres por la autotoma de muestra vaginal, citología convencional o no realización de citología para diagnóstico precoz de cáncer de cérvix en Atención Primaria.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El Ámbito es una zona básica de salud urbana, de nivel socioeconómico medio-alto y cobertura de citología cervical del 48%. El diseño es cualitativo mediante grupos focales con criterio de segmentación preferencia por autotoma vaginal versus método convencional versus rechazo de citología.

Del registro de mujeres sin citología en los 3 años previos, se realizará muestreo aleatorio simple (aplicación Sample LQ v 1.10) para conseguir la participación de 150 mujeres. El reclutamiento será mediante vía telefónica y/o consulta y se citará a las mujeres en el centro de salud para hacer citología tradicional o autotoma, según su preferencia. Se excluirán mujeres sin indicación de citología y con criterios de exclusión de autotomas. El reclutamiento finalizará cuando se alcancen 50 mujeres que opten por autotoma vaginal (cooperación en proyecto estudio de validación del KIT HPV screening real time PCR in VITRO con dispositivo de autotoma V-Veil con dictamen favorable del comité de ética en investigación).

Se conformarán tres grupos focales de 10-12 mujeres: G1: mujeres con autotoma vaginal; G2: mujeres que rechazan autotoma y optan por la citológica convencional; G3: mujeres que rechazan la citología. Los grupos se audiograbarán, seguirán un guion estandarizado y finalizarán al alcanzar saturación. Se hará transcripción literal de la grabación y posterior análisis de campos y contenidos. La invitación a los grupos focales la hará su propio médico, quien informará y solicitará consentimiento escrito.

## APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Damos por hecho que la autotoma mejorará la cobertura en cribado de cáncer de cérvix. Sin embargo, nos planteamos las siguientes preguntas: ¿Las mujeres de nuestra unidad asistencial preferirían autotoma frente a toma tradicional de muestra? ¿Mejorará la satisfacción con el programa de cribado el hecho de hacer autotoma? ¿Será bien aceptada por las mujeres de nuestra unidad? ¿Querrán participar todas? ¿Habrá diferencias por grupos de edad?

## ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Autorización del Comité de Ética en Investigación de Granada. Se respetan todos los requisitos exigidos por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCPS) para el manejo de este tipo de información. Se obtendrá la firma de un consentimiento informado previamente explicado. Todos los datos de carácter personal obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme al Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo Europeo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD) y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

## FINANCIACIÓN

El presente estudio no requiere financiación económica, aunque dispone del respaldo del Centro de Atención Primaria La Caleda-Granada y de la Unidad Docente de MFYC del Distrito Granada-Metropolitano. Colaboración en proyecto previo: Estudio de validación del KIT HPV screening real time PCR in VITRO con dispositivo de autotoma V-Veil) X a través del Distrito Granada con dictamen favorable del Comité en Investigación para la Captación de Autotoma Vaginal.

## CEI

Autotomas-2023.

## Formación en maniobras de resucitación cardiopulmonar y uso del desfibrilador externo automatizado mediante una plataforma virtual en una red de voluntarios en el ámbito rural: estudio RECADE RURAL (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1021

M.<sup>a</sup> Elena Taverna Llaurado<sup>a</sup>, Cristina Rey Reñones<sup>b</sup>, Sara Martínez Torres<sup>b</sup> y Francisco Martín Luján<sup>b</sup>

<sup>a</sup> CAP de Les Borges del Camp. Tarragona (España)

<sup>b</sup> CAP Sant Pere. Reus. Tarragona (España)

## OBJETIVOS

Formación en maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) y uso del desfibrilador externo automatizado (DEA) mediante una plataforma virtual en una red de voluntarios en el ámbito rural: estudio RECADE RURAL.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio cuasi experimental que consta de dos fases: fase 1) evaluación de la eficacia de la formación online para adquirir conocimientos en RCP-DEA; fase 2) evaluación de la eficacia de la formación online en maniobras RCP-DEA en simulación a corto y medio plazo. Ámbito: Atención Primaria (AP). La población de referencia incluye un total de 10.256 personas atendidas en centros de AP de dos comarcas rurales del Camp de Tarragona (Les Borges del Camp y de Cornudella de Montsant). Criterios de inclusión: 1) residir en municipios de los dos centros participantes; 2) ser mayor de edad; 3) tener acceso a internet para conectar a un curso en formato virtual de RCP/DEA. Tamaño de la muestra y procedimiento de muestreo: para la fase 1, el curso de formación online es de acceso abierto. Para la fase 2, se realizará un muestreo representativo de todas las personas que hayan finalizado el curso en la fase 1, atendiendo a distintos rangos de edad y género. Determinaciones: la variable principal es la diferencia de puntuación entre el test antes y después de la formación (fase 1) y la superación (apto/no apto) de la prueba simulada en maniqués (fase



2). *Análisis estadístico*: se realiza un análisis descriptivo de la diferencia de puntuación antes y después de la formación y del porcentaje de participantes aptos y no aptos en la simulación a corto y medio plazo (1 y 6 meses, respectivamente). Las variables continuas se compararán mediante la prueba t de Student o la prueba U-Mann Whitney (según normalidad). Para las variables categóricas, se utilizará la prueba de chi cuadrado de Pearson. Se hará un análisis multivariado para determinar qué factores influyen de forma independiente en la variable principal. *Dificultades y limitaciones del estudio*: la representatividad de la población (puesto que es un estudio voluntario), los problemas de cobertura o falta de acceso a internet y la posible pérdida de participantes en la fase de evaluación presencial.

### APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Se espera que la formación *online* en esta población rural sea eficaz para mejorar sus conocimientos y competencias en RCP-DEA a corto y medio plazo. Esta modalidad de formación podría ser fácilmente escalable, contribuyendo así a la difusión de las maniobras básicas de RCP-DEA en la población general y especialmente en el entorno rural.

### ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

El estudio se desarrollará siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki y las normas de Buena Práctica Clínica. El estudio RECADE RURAL forma parte del proyecto Smartwatch, que ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Fundación Jordi Gol (código P17/075).

### FINANCIACIÓN

El proyecto Smartwatch ha obtenido la financiación de las convocatorias PERIS del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña de 2017 y 2019 (SLT002/16/00162 y SLT008/18/0039).

#### CEI

Código P17/075.

## Intervenciones formativas en multimorbilidad y polimedicación para profesionales y estudiantes de ciencias de la salud. Una revisión sistemática (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1022

Clara González Vico<sup>a</sup>, Yolanda Álvarez Pérez<sup>b</sup>, Manuel Madrid Martos<sup>a</sup>, Ana Toledo Chávarri<sup>b</sup> y Marcos Castillo Jimena<sup>a</sup>

<sup>a</sup> UGC de Campillos. Málaga (España)

<sup>b</sup> Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Santa Cruz de Tenerife (España)

### OBJETIVOS

Describir el impacto educativo de las intervenciones sobre multimorbilidad y polimedicación en profesionales sanitarios (PS) y estudiantes de Ciencias de la Salud (ECS), y también las principales características de dichas intervenciones, incluyendo los modelos evaluativos usados.

### MATERIAL Y MÉTODOS

**Diseño**: revisión sistemática (RS) y metanálisis de estudios publicados en las bases de datos: Medline, Embase, Cochrane, CINHAI y Web Of Science, desde su creación hasta mayo de 2022.

**Ámbito**: Atención Primaria-hospitalaria-universidad. Se seleccionarán estudios sobre intervenciones formativas en el área de multimorbilidad y/o polimedicación, en Atención Primaria y/o hospitalaria, y dirigido a PS y/o ECS. Se excluirán revisiones sistemáticas y estudios clínico-organizativos sobre patologías únicas, estudios piloto o protocolos. Selección de estudios por dos investigadores independientes, con resolución de discrepancias por tercero.

**Herramientas para valoración de calidad metodológica**: herramientas Cochrane (ensayos clínicos), TREND (estudios cuasi experimentales), STROBE (estudios observacionales) y SRQR (estudios cualitativos).

**Intervenciones formativas**: cualquier actividad (talleres, cursos, clases magistrales, virtuales y/o presenciales) sobre multimorbilidad y/o polimedicación, con evaluación formal estructurada.

**Comparador**: formación habitual, otras intervenciones y ausencia de comparador.

**Variables resultado principales**: satisfacción de los participantes, cambio de conocimiento, adquisición de habilidades (medidas con herramientas validadas o no).

**Variables resultado secundarias**: cualquier medida de transferibilidad al medio de trabajo de conocimientos o habilidades adquiridas y resultados en salud del paciente (uso de servicios sanitarios, calidad de vida, fracturas, adecuación de medicación, adherencia al tratamiento, mortalidad).

**Análisis estadístico**: síntesis de datos dependiente del número de estudios seleccionados: metanálisis (si hay un número suficiente de estudios y se puede aplicar una metodología comparable) y/o descripción narrativa. Para variables cualitativas: cocientes de riesgos con intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Para variables cuantitativas: diferencias de medias e IC 95%. Si el metanálisis es posible, los resultados se describirán mediante el modelo de efectos aleatorios con IC 95%. La heterogeneidad se calculará mediante el estadístico I-cuadrado. Los resultados se informarán en tablas y forest plot. Se harán análisis de sensibilidad para detectar impacto de estudios con alto riesgo de sesgo. Se llevará a cabo un análisis de subgrupos (situación laboral, profesión, tipo de intervención, proveedor y contexto de la intervención, duración y métodos de evaluación).

**Limitaciones del estudio**: falta de evaluación formal y estructurada de intervenciones formativas, publicaciones posteriores a la fecha de la búsqueda y estudios no publicados en revistas indexadas en bases de datos seleccionadas.

## APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Esta RS permitirá conocer el impacto formativo en profesionales y en resultados en salud de pacientes con multimorbilidad de las intervenciones formativas desarrolladas, proporcionando una guía para el desarrollo del currículum formativo en multimorbilidad.

## ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Se registrará en PROSPERO. Se seguirán las recomendaciones PRISMA 2020. Esta RS no requiere aprobación de un comité de ética, pues sus datos procederán de estudios publicados sin datos individuales ni personales de pacientes.

## FINANCIACIÓN

Financiado por el Instituto de Salud Carlos III (PI18/01303, PI18/01515, PI18/01812, RD21/0016/0015, RD21/0016/0019, RD21/0016/0027) y cofinanciado por la Unión Europea-NextGenerationEU.

## CEI

Al tratarse de una revisión bibliográfica, no sería necesario disponer de la aprobación de un comité ético de investigación clínica (CEIC).

## Pacientes crónicos domiciliarios. ¿Atendemos a los que más lo precisan? ¿Cómo podemos mejorar la atención? (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1023

Aintzane Telleria Echeveste<sup>a</sup>, Nagore García Vázquez<sup>a</sup>, Naroa Espinosa Gurtubay<sup>a</sup>, M<sup>a</sup> Isabel Irazoqui Alzuguren<sup>a</sup> y Erika Galán González<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CS Irún Centro. Irún. Gipuzkoa (España)

## OBJETIVOS

Describir el tipo de paciente clasificado como crónico domiciliario (CD) de nuestra unidad de Atención Primaria (UAP) y consensuar con los profesionales los factores que se deben considerar para definir a un paciente como CD. Determinar la opinión de los profesionales sanitarios sobre aquellos problemas o situaciones que favorecen el deterioro funcional de estos pacientes para planificar intervenciones que mejoren su atención y eviten y/o retrasen su deterioro funcional.

## MATERIAL Y MÉTODOS

En una primera fase se hizo un estudio descriptivo transversal. Se incluyeron pacientes codificados como CD, estando a 20 de enero de 2022, con CIE9 (V63.9) y CIE10 (Z753C), asignados a la UAP y que

aceptaron participar en el estudio. Se recogió una gran batería de indicadores mediante visitas domiciliarias realizadas por enfermería durante el período del estudio (mayo-agosto de 2022). Los datos se recogieron usando un cuaderno de recogida específico y se incluyeron en una base de datos. El análisis estadístico se hizo mediante el programa estadístico R. En una segunda fase se hará un análisis cualitativo mediante un mínimo de cuatro grupos focales (GF) hasta alcanzar la saturación. El objetivo de estos GF es recoger las opiniones y experiencias de los/las profesionales sobre qué criterios deben utilizarse para incluir pacientes como CD, qué situaciones favorecen el deterioro funcional y qué acciones se pueden implementar para revertirlo o retrasarlo. Se ofrecerá participar a todos los/las profesionales de enfermería y medicina de familia de la UAP. Los GF serán dirigidos por dos investigadoras. Se harán grabaciones en audio de las sesiones, que tendrán una duración de entre 60 y 90 minutos. Posteriormente, se llevarán a cabo entrevistas individuales con los referentes de gestión en medicina (5) y enfermería (4) de familia de la UAP. Se hará un análisis de contenido temático. Se utilizará la triangulación para el análisis de la información obtenida en los GF y mediante las entrevistas individuales. Finalmente, se propondrán unos criterios de inclusión como CD y unas intervenciones a implementar.

## APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Los resultados serán claves para la mejora de la práctica de Atención Primaria de nuestro centro de trabajo. Nos permitirá consensuar entre el equipo de Atención Primaria qué valoración se debe realizar para incluir a un paciente como CD a fin de evitar diferencias de criterio y también individualizar las intervenciones en estos pacientes. Se difundirán los resultados entre las UAP de la Comunidad autónoma para que valoren la adopción de los criterios de selección definidos y de las intervenciones propuestas.

## ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

El proyecto ha sido autorizado por el Comité Ético de Investigación del Área Sanitaria de Guipúzcoa (TEL-CVD-2022-01). Los pacientes participantes han sido debidamente informados y se ha obtenido su consentimiento por escrito.

## FINANCIACIÓN

Este estudio ha sido financiado por la convocatoria de Proyectos Bottom Up 2023, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

## CEI

Comité Ético de Investigación del Área Sanitaria de Gipuzkoa-TEL-CVD-2022-01.

## Programa FREE. Evaluación de la fragilidad en el anciano (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1024

Elena Vázquez Jarén<sup>a</sup>, Nadia Mayoral Testón<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> de las Nieves Salgado Gil<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> José Zaro Bastanzuri<sup>b</sup>, Daniel Fernández-Berges Gurrea<sup>a</sup> y Inmaculada Fernández Morillo<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Investigación del Área de Salud Don Benito-Villanueva. Villanueva de la Serena. Badajoz (España)

<sup>b</sup> Hospital Don Benito – Villanueva de la Serena. Badajoz (España)<sup>a</sup>

### OBJETIVOS

Estudiar la prevalencia de fragilidad y la utilidad pronóstica de diferentes escalas en diabetes mellitus (DM), insuficiencia cardíaca crónica descompensada (ICCD), estenosis aórtica severa (EAS) y enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Hacer un abordaje holístico interdisciplinar del paciente mayor con enfermedades crónicas y generar asistentes centrados en sus necesidades.

### MATERIAL Y MÉTODOS

El programa FREE consta de dos ramas:

1. Educación: reuniones informativas para mayores y curso para Sociedad Española de Cardiología.
2. Investigación: estudio observacional, multicéntrico y prospectivo.

Ámbito: comunitario en centro de Atención Primaria (CAP), hospital general y de tercer nivel.

Inclusión consecutiva de pacientes de 65 o más años que presenten: Grupo CAP (n = 200): DM; Grupo Cardiología (n = 250): ICCD; Grupo Nefrología (n = 150): ERCA; Grupo Cardiología Intervencionista (n = 100): EAS subsidiarios de recambio valvular percutáneo.

Personal entrenado recogerá datos demográficos, clínicos (Índice Charlson), de dependencia (Barthel y Lawton) y evaluará la fragilidad en sus dimensiones física (Fried, Timed Up and Go), nutricional (Mini Nutritional Assessment) y psicocognitiva (Mini-Mental, Yesavage).

Período de inclusión y seguimiento: 12 meses.

Análisis estadístico: las variables categóricas se presentarán como frecuencia absoluta y relativa, y las diferencias entre vivos y eventos (reingresos y/o muertes) se compararán mediante chi cuadrado. Para el seguimiento y la ocurrencia de eventos, se utilizará un modelo de Cox.

Objetivo principal: mortalidad cardiovascular y por todas las causas o reingreso hospitalario en el seguimiento de 1 año.

Discriminación: estadístico C de Harrel.

Calibración: prueba Gronnesby-Borgan. Los intervalos de confianza (IC) del 95% se calcularán mediante *bootstrapping* con los programas SPSS® v 21 y STATA 15.1.

Limitaciones: imposibilidad de realizar pruebas físicas en algunos pacientes mayores que serán registrados como excluidos.

### APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

La Atención Primaria es la primera puerta al sistema sanitario para la ciudadanía, y como la fragilidad es un síndrome de prevalencia creciente, caracterizado por una menor respuesta orgánica a estresores, asociado a la edad y que interacciona con otras enfermedades crónicas y con la dependencia, debe ser conocida y conducida por la médica y el médico de familia. El análisis de su impacto favorecerá un enfoque integral centrado en el paciente con la implementación de asistentes tecnológicos que mejoren su calidad de vida y optimicen los recursos finitos en salud.

### ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Todos los pacientes firmarán un consentimiento informado y se les explicará la posibilidad de abandonar libremente el estudio siempre que lo deseen. El protocolo de investigación ha sido aprobado por el Comité de Ética de Badajoz, con el consentimiento de las respectivas Gerencias de Área y Comisiones de Investigación del Servicio Extremeño de Salud. Los datos serán anonimizados y manejados atendiendo al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo Europeo, de 27 de abril de 2016, y la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

### FINANCIACIÓN

Unión Europea, Next Generation EU (Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia); Junta de Extremadura y cofinanciación por Fondo Europeo de Desarrollo Regional «Una manera de hacer Europa»; Diputación de Badajoz.

### CEI

Comité Ético de Investigación Badajoz (14 de febrero de 2022).

## Proyecto PREFATE: diagnóstico precoz de fibrilación auricular, ictus silente y deterioro cognitivo en personas de alto riesgo (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1025

Alba Hernández Pinilla<sup>a</sup>, Josep Lluís Clúa Espuny<sup>b</sup>, Eva M.a Satué Gracia<sup>c</sup>, Francisco Martín Luján<sup>c</sup>, Jorgina Lucas Noll<sup>d</sup> y Pedro Moltó Balado<sup>e</sup>

<sup>a</sup> CAP Camp de Tarragona. Reus. Tarragona (España)

<sup>b</sup> IDIAP Jordi Gol. Tortosa. Tarragona (España)

<sup>c</sup> IDIAP Jordi Gol. USR Camp Tarragona-Reus. Reus. Tarragona (España)

<sup>d</sup> CAP de Tortosa. Tarragona (España)

<sup>e</sup> SAP Terres de l'Ebre. Tortosa. Tarragona (España)

### OBJETIVOS

Determinar el impacto del uso combinado de la monitorización cardíaca con tecnología inteligente, biomarcadores y pruebas de

imagen (ecocardiografía y resonancia magnética [RM] craneal) en el diagnóstico precoz de fibrilación auricular (FA), ictus silentes y deterioro cognitivo en población de alto riesgo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes prospectivo de base poblacional en Atención Primaria. Se incluirán pacientes de 65-85 años sin diagnóstico previo de FA, ictus o demencia. El riesgo de FA se establecerá en base a una escala previamente validada que incluye las siguientes variables: edad, sexo, índice de masa corporal, frecuencia cardíaca y puntuación en la escala CHA2DS2VASc. Las principales variables de resultado serán el tiempo hasta diagnóstico de FA (confirmada por electrocardiograma), ictus (confirmado por RM), deterioro cognitivo (puntuación GDS [Global Deterioration Scale]) y/o demencia. La valoración basal incluirá variables clínicas y funcionales, de tratamiento, biomarcadores y pruebas de imagen que se llevarán a cabo en servicios hospitalarios de referencia. Se prevé un seguimiento de 2 años con visitas semestrales en que se revisarán los nuevos diagnósticos, y se actualizarán variables clínicas y tratamientos. Anualmente se hará una monitorización del ritmo cardíaco durante 14 días a través de pulsera/reloj inteligente y una aplicación específica para detectar episodios de FA de manera proactiva, que se confirmarán mediante electrocardiograma convencional. El análisis incluirá estadística descriptiva convencional, curvas de Kaplan-Meier, para estimar tiempos hasta la aparición de eventos de estudio, y análisis multivariante, para explorar la influencia de variables basales e independientes (monitorización y pruebas) sobre las de resultado principal. Se utilizará el programario R (versión 4.1.2). Algunas limitaciones posibles podrían ser las dificultades de pacientes/cuidadores con nuevas tecnologías y un período de seguimiento limitado.

## APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

La detección proactiva y precoz de FA podría acompañarse de una reducción de la incidencia de eventos cardiovasculares mayores y/o deterioro cognitivo/demencia. En este caso, se podrían incorporar sencillos dispositivos electrónicos de monitorización del ritmo cardíaco en las guías clínicas para el manejo de pacientes con alto riesgo de FA.

## ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Este proyecto se llevará a cabo siguiendo las normas sobre principios éticos de la Declaración de Helsinki (y posteriores actualizaciones) y las de buena práctica en investigación. El tratamiento de los datos se hará de acuerdo con la legislación europea (Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo Europeo, de 27 de abril de 2016, y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales). Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Investigación en Atención Primaria-IDIAP Jordi Gol (expediente 22/090-P).

## FINANCIACIÓN

Este proyecto ha sido financiado con una beca del Pla Estratègic en Recerca i Innovació en Salut (PERIS) de la Generalitat de Catalunya (expediente SLT/21/000027).

## CEI

Ha recibido la aprobación del Comité de Ética en Investigación con Medicamentos (CEIm) del Instituto de Investigación en Atención Primaria (IDIAP) Jordi Gol (expediente 22/090-P).

## Proyecto Soleco para el abordaje de la soledad en un centro de salud urbano (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1026

Carolina Mir Sánchez<sup>a</sup> y Clara Hernández Menor<sup>b</sup>

<sup>a</sup> CS Serrería I. Valencia (España)

<sup>b</sup> CS Villena I. Villena. Alicante (España)

## OBJETIVOS

**Objetivo principal:** mejorar el estado de salud y la calidad de vida mediante una intervención para abordar la soledad.

**Objetivos secundarios:**

- Realizar una «aproximación etiológica» sobre los mecanismos que condicionan la soledad en nuestra población.
- Evaluar si tras la intervención las personas presentan mejoría en el grado de control de los principales factores de riesgo cardiovascular, la demanda de asistencia y el consumo de fármacos crónicos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Diseño:** estudio piloto cuasi experimental. Estudio de intervención no aleatorizado, abierto, con comparación antes-después. **Sujetos a estudio:** adultos pertenecientes a una zona básica de salud urbana que consulten por cualquier motivo en Atención Primaria. Los pacientes UCLA-10 menos de 30 puntos se les ofrecerán recursos sociales personalizados y, si los aceptan, formarán parte del grupo intervención y serán evaluados a los 12 meses en las variables propuestas en comparación con los que las rechacen, que serán el grupo control. **Criterios de inclusión:** edad: > 18 años; reunir criterios de soledad en grado moderado (UCLA-10 20-30 puntos) o severo (UCLA-10 < 20 puntos); capacidad para comprender y firmar consentimiento informado. **Criterios de exclusión:** alteraciones sensorio-perceptivas (hipoacusia o ceguera) o alteraciones del estado mental que impidan la comprensión de la intervención; cambio de domicilio programado para los próximos 6-12 meses en el momento de la selección. **Tamaño muestral:** para un estudio de comparación de dos proporciones, bilateral, con un nivel de confianza del 95%, una potencia del 80%, una proporción previa a la intervención del 100%, esperando un cambio de al menos el 15% en la variable principal (es decir, el cambio de soledad a dejar de estar solo), y con una propor-

ción de pérdidas esperables del 15%, se obtiene un tamaño muestral recomendado de 71 individuos que, para la intervención, se dividirán en dos grupos: experimental y control. *Variables a estudio:* variable principal: diagnóstico positivo de soledad UCLA-10 < 30 puntos; variables sociodemográficas y clínicas.

### APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Hasta el momento, son muy escasos los estudios experimentales o cuasi experimentales en los que se evalúen cambios en el estado de salud mediante intervenciones sobre la soledad. Se trataría, por tanto, de un estudio pionero en nuestra ciudad y comunidad autónoma. Nuestra intervención tiene el valor añadido de tratarse de un proyecto de medicina comunitaria, basado en sus principios y métodos, que se enmarca en el contexto de una problemática social actual y creciente con la colaboración de entidades sólidas y con experiencia en el abordaje de la misma.

### ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Declaración de Helsinki de 1964 y lo dispuesto en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y en el artículo 32 del Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial Española. El 25 de mayo de 2018 es de plena aplicación la nueva legislación en la Unión Europea sobre datos personales, en concreto el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de Europa, de 27 de abril de 2016, de Protección de Datos (RGPD).

### FINANCIACIÓN

Dispone de una Beca López Trigo de investigación.

### CEI

Comité Ético de Investigación con Medicamentos del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Código de protocolo PRV00328.

## SEXIT: evaluación del impacto de una intervención educativa en forma de videojuego online sobre salud sexual y la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1027

Alba Martínez Satorres<sup>a</sup>, Pablo Pires Núñez<sup>a</sup>, Nuria Turmo Tristán<sup>a</sup>, Zulema Martí Oltra<sup>b</sup>, Anna Escalé Besa<sup>c</sup> y Marta Arcarons Martí<sup>d</sup>

<sup>a</sup> EAP Passeig de Sant Joan. Barcelona (España)

<sup>b</sup> EAP La Pau. Barcelona (España)

<sup>c</sup> EAP Navàs-Balsareny. Barcelona (España)

<sup>d</sup> EAP Raval Sud. Barcelona (España)

### OBJETIVOS

**Objetivos principales:** evaluar el impacto de una intervención formativa en la prevención, detección y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en profesionales de Atención Primaria.

**Objetivos específicos:** obtener una herramienta educativa sobre salud sexual realizada desde una perspectiva de género, feminista, respetuosa y positiva en forma de videojuego que se podrá jugar a diferentes niveles, dirigidos a diferentes grupos de población: profesionales de Atención Primaria, estudiantes universitarios y jóvenes de 16 a 24 años, estudiantes de secundaria o participantes en entidades juveniles. Evaluar el impacto de la intervención en los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. Evaluar y detectar conductas y conocimientos para la prevención de las violencias machistas y/o por identidad u orientación sexual. Describir los cambios en el manejo clínico mediante el cual se ha llegado al diagnóstico de ITS: realización de una cuidadosa anamnesis, de exploración física presencial, pruebas diagnósticas realizadas, diagnósticos previos. Evaluar el impacto de una intervención formativa en educación sexual, prevención de ITS y violencias desde una perspectiva feminista y positiva en jóvenes de 16 a 24 años.

### MATERIAL Y MÉTODOS

**Diseño:** ensayo clínico aleatorizado con estudio pre-post intervención. Habrá unos grupos a los que se les aplica una intervención (videojuego online sobre educación sexual e ITS) y se comparan con grupos control que no recibirán la intervención. La asignación a los grupos se realizará de forma aleatorizada. Hay tres variables dependientes: 1) reacción: evaluación y satisfacción respecto a la intervención; 2) aprendizaje: cambios en los conocimientos después de la intervención y a los 3 meses. Se realizará un test de conocimientos antes y después de la intervención y 3 meses después de esta. Este test también se hará en la misma secuencia temporal en grupos control; 3) comportamiento: cambios en la aplicación de los conocimientos adquiridos en la práctica clínica. Se evaluará durante 6 meses el impacto de la intervención formativa, estudiando diferentes variables referentes al abordaje clínico de las ITS: realización de pruebas diagnósticas, diagnósticos registrados en la historia clínica, número de encuestas epidemiológicas de enfermedades de declaración obligatoria (datos aportados por la Agencia de Salud Pública), prescripción de antibióticos.

### APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

**Resultados esperados:** mejora de los resultados del test de evaluación después de la intervención educativa. Mejores resultados en los participantes de los grupos de intervención de cada nivel respecto a los grupos control.

**Aplicabilidad:** elaborar un videojuego educativo que permita aumentar los conocimientos sobre sexualidad, infecciones de transmisión sexual y prevención y detección de violencia.

## ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

A todos los participantes se les informará verbalmente y por escrito de los objetivos, metodología, pruebas e intervenciones que pueden recibir si participan en el estudio. Se incluirán en el estudio aquellas que otorguen y firmen el consentimiento informado por escrito.

## FINANCIACIÓN

Convocatoria competitiva.

## CEI

Aprobado por el Comité Ético de Investigación IDIAP Jordi Gol. Código CEIm: 22/100-P.

# RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

## Análisis de supervivencia en población general de 70 años o mayor en función de la fragilidad según el Índice Frágil-VIG. Seguimiento a los 3 años (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1028

Susana Camacho Torregosa<sup>a</sup>, Javier Aznar Cardona<sup>b</sup>, María Mollar Talamantes<sup>c</sup>, M.a Alicia Bordonaba Mateos<sup>d</sup>, Cristina Santamaría Navarro<sup>e</sup> y Xavier Albert Ros<sup>d</sup>

<sup>a</sup> CS Burjassot I. Brujassot. Valencia (España)

<sup>b</sup> Hospital Arnau de Vilanova-Llíria. Valencia (España)

<sup>c</sup> Cs de Nules. Castellón (España)

<sup>d</sup> CS de Moncada. Valencia (España)

<sup>e</sup> Instituto Universitario de Matemática Multidisciplinar. Universidad Politécnica de Valencia. Valencia (España)

## OBJETIVOS

Analizar la supervivencia según el nivel de fragilidad en la población general de 70 años o más en un período de 3 años.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes prospectivo. Se seleccionaron todas las personas no institucionalizadas de dos cupos de Atención Primaria de 70 años o mayores. De 480 personas elegibles, 39 no quisieron participar en el estudio y 25 no fueron localizadas. Se recogieron variables descriptivas, el Índice Frágil-VIG, el SPPB y el Nivel de Cronicidad entre febrero y mayo de 2019, y el exitus en mayo de 2022. Análisis estadístico: se calculó la incidencia de mortalidad global por sexo, por grupos de edad y por niveles de fragilidad. Cálculo del riesgo relativo de frágiles frente a no frágiles. Las curvas de supervivencia entre cate-

gorías del Índice Frágil-VIG se compararon mediante el test LOG-RANK (Kaplan-Meier). Se acepta como nivel de significación  $p$ .

## RESULTADOS

Se incluyen 416 pacientes, edad media: 78 años, 43,3% hombres y 56,7% mujeres. Prevalencia de fragilidad: 29,3% (intervalo de confianza [IC] 95%: 25,2-33,9), inicial: 19%, intermedia: 7,5%, avanzada: 2,9%. Incidencia de mortalidad: 13% (IC 95%: 9,75-16,21%). Por sexo: hombres: 16,1%; mujeres: 10,6%. Por edad: 70-79 años (6,9%);  $\geq 80$  años (23,1%). Según fragilidad: no frágiles: 5,1%; frágiles: 32%; inicial: 21,5%; intermedia: 51,6%; avanzada: 50%. Riesgo relativo de fallecimiento de participantes frágiles: 6,27 (IC 95%: 3,86-10,18); para fragilidad inicial: 4,22 (IC 95%: 2,29-7,76); intermedia: 10,12 (IC 95%: 5,89-17,39), y avanzada: 9,8 (IC 95%: 4,67-20,58). Las curvas de supervivencia muestran diferencias significativas según categorías del Índice Frágil-VIG ( $X^2 = 88,5$ ).

## CONCLUSIONES

La mortalidad en un período de 3 años incrementa con el nivel de fragilidad en la población general. En los participantes frágiles fallecen más los hombres o aquellos de 80 años o mayores.

## CEI

Comité Ético de Investigación Corporativo de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana. Número de registro 18/10. Aprobado con fecha 31 de enero de 2019. Comité Ético de Investigación con Medicamentos del Departamento Arnau de Vilanova-Llíria. Número de estudio: PI 21\_2022.

## Alimentación saludable en población mayor. Análisis cualitativo de las percepciones de personas mayores y profesionales sanitarios (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1029

Manuel Ferran Mercadé<sup>a</sup>, Marina Alapont Serrano<sup>a</sup>, Idoia Iparraguirre Oiartzabal<sup>a</sup>, Miren Karmele Vicente Tolosa<sup>b</sup> y Miren Bittori Lasa Goñi<sup>c</sup>

<sup>a</sup> CS Irún Centro. Irún. Gipuzkoa (España)

<sup>b</sup> CS Dumboa. Irún. Gipuzkoa (España)

<sup>c</sup> OSI Bidasoa. Hondarribia. Gipuzkoa (España)

## OBJETIVOS

Analizar las experiencias y creencias en torno a la alimentación saludable de personas mayores. Identificar barreras y facilitadores para promover una alimentación saludable en las personas mayores.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizaron tres grupos focales (GF) con personas mayores de 70 años y dos GF con personal médico y de enfermería de familia que participaron voluntariamente. Los cinco grupos los dirigió la misma investigadora. Las sesiones tuvieron una duración aproximada de 90 minutos. Se partió de un guion semiestructurado que abordaba los principales aspectos que se querían recoger. Se analizaron los datos cualitativos siguiendo la guía de Krueger. Se transcribieron los discursos tras la ejecución y grabación de los GF. Se hicieron varias escuchas de las grabaciones y lecturas de las transcripciones para identificar temas emergentes.

## RESULTADOS

En los GF de mayores, participaron 20 personas mayores de 73-89 años (13 mujeres y 7 hombres). Se identificaron siete temas emergentes: penetración social y popularización del saber médico; a medio camino entre las prácticas tradicionales y las «legítimas»; la figura de la «buena esposa»; la reivindicación de lo natural; la (des)legitimación basada en la experiencia; la (des)preocupación de la salud marcada por la masculinidad tradicional; y el componente social de la alimentación. En el caso de los GF profesionales, participaron 15 profesionales: 8 de enfermería y 7 de medicina (11 mujeres y 4 hombres). Las dificultades identificadas fueron: falta de motivación; malinterpretaciones o falsas creencias; falta de control sobre el proceso de alimentación; factores estructurales: estrategias comerciales o de marketing. Por otro lado, las propuestas fueron: promover huertos urbanos; dinámicas grupales o talleres sobre nutrición y cocina; contar con un(a) nutricionista y disponer de más tiempo; metodologías y formación en habilidades comunicativas.

## CONCLUSIONES

Las dificultades identificadas para el cambio de hábitos dietéticos tienen más que ver con la dificultad o incapacidad para cambiar ciertas conductas que con el desconocimiento sobre las pautas recomendadas.

### CEI

CEI OSI Donostia. MFM-APM-2019-01.

## Diagnóstico de apnea del sueño en pacientes que viven solos (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1030

Rosa Guajardo-Fajardo Caballos<sup>a</sup>, Alicia Barrero Nadales<sup>a</sup>, Sheila Betancor Cabrera<sup>a</sup>, Cristina Velarde Mayol<sup>a</sup>, Elena Santa Isabel Martínez<sup>a</sup> y David López Sanabria<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CS de Segovia I. Segovia (España)

## OBJETIVOS

Identificar qué síntomas harían sospechar una apnea de sueño (AS) en pacientes que viven solos, ya que no consultan por ronquidos y episodios de apnea detectados por los convivientes, que son los principales síntomas para su diagnóstico.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo comparativo entre pacientes con AS que viven solos o no de un centro de salud urbano mayores de 18 años con registro nasal respiratorio nocturno > 15 apneas/hora de dos noches consecutivas, realizados en nuestro centro. Período: 2015-2021. Variables: poblacionales, comorbilidades, síntomas de sospecha de AS (excluye ronquidos y pausas respiratorias). Estadística: medidas de tendencia central, intervalos de confianza (IC) del 95% (IC 95%), t-Student y chi cuadrado. Análisis multivariante mediante la odds ratio (OR) para identificar qué variables predictoras identificarían mejor a estos pacientes. Significativo  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Pacientes diagnosticados en nuestro centro de salud de AS: 201, con registro nasal nocturno 92 pacientes (46,6%). Hombres: 52,2% (IC 95%: 42,0-62,4), viven solos: 26,1% (IC 95%: 17,1-35,1). Diferencias significativas entre pacientes que viven solos/pacientes que no viven solos: mujeres: 70,8%/39,7,  $p < 0,008$ ; edad media (años): 65,5/55,5,  $p < 0,002$ ; hipertensos: 62,5%/25,0,  $p < 0,001$ ; nicturia: 45,8%/17,6,  $p < 0,008$ ; fatiga: 45,8%/14,7,  $p < 0,003$ ; somnolencia diurna: 79,2%/52,9,  $p < 0,02$ ; sueño no reparador: 79,2%/58,2  $p < 0,05$ . Sin diferencias significativas: obesidad, tabaquismo, sudoración-palpitaciones nocturnas, otras enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Son variables predictoras: la cefalea matutina (OR = 3,6),  $p < 0,009$ ; ser hombre mayor de 60 años (OR = 2,06),  $p < 0,01$ , y el consumo de hipnóticos (OR = 1,05),  $p < 0,03$ .

## CONCLUSIONES

El perfil de los pacientes con AS que viven solos: mujer, mayor de 65 años, hipertensa. Síntomas: nicturia, fatiga-somnolencia diurnas y sueño no reparador con más frecuencia que los que no viven solos. Pero la mayor probabilidad de sospecha fue: cefalea matutina (casi cuatro veces más frecuente en los pacientes que viven solos), seguidos por el hecho de ser hombre y consumir hipnóticos. Destacar que la cefalea y fatiga diurna, nicturia y consumir fármacos para el sueño, añadiendo los síntomas clásicos de la AS, nos harán sospechar de una AS en pacientes que viven solos.

### CEI

Autorizado por el CEIC del Área de Segovia. Versión Septiembre 22. Código CEI: 22-027. Autorizado por la Gerencia del Área de Segovia para el acceso a las historias clínicas de Atención Primaria y del hospital de referencia.

## Epidemiología de trastornos mentales en migrantes en Atención Primaria: un estudio transversal (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1031

Stella Evangelidou<sup>a</sup>, Ethel Sequeira Aymar<sup>b</sup>, Alessandra Queiroga Gonçalves<sup>c</sup>, Yolanda Osorio López<sup>d</sup>, Angela Martínez Pérez<sup>b</sup> y Angeline Marie Cruz Vázquez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> ISGlobal. Barcelona (España)

<sup>b</sup> CAPSBE Casanova. Barcelona (España)

<sup>c</sup> UDMFiC Tortosa-Terres de l'Ebre. Tarragona (España)

<sup>d</sup> SATMI. Barcelona (España)

### OBJETIVOS

Diagnóstico de trastornos mentales (TM) en pacientes inmigrantes atendidos por cualquier motivo en Atención Primaria (AP) en una comunidad autónoma con alta densidad de migrantes.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal llevado a cabo en ocho centros de AP, rurales y urbanos, de cuatro áreas de una comunidad autónoma, en marzo-diciembre de 2018. Durante el período de intervención, se estimó el número de personas inmigrantes con algún diagnóstico de salud mental del total de población inmigrante con al menos una visita registrada. Los datos de salud se extrajeron anónimamente de registros electrónicos de los centros de AP. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, país de origen, diagnóstico de TM, entre otras. Los diagnósticos de TM se basaron en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Las asociaciones se probaron con pruebas exactas de Fisher o chi cuadrado para variables categóricas y pruebas t o Wilcoxon Rank-Sum o Kruskal-Wallis para variables cuantitativas. Se utilizaron modelos de regresión logística y se calcularon los *odds ratios* (OR) y el intervalo de confianza (IC) del 95%. Limitaciones: infrarregistros en el país de origen.

### RESULTADOS

Se registraron diagnósticos de algún TM en 609 de los 15.780 pacientes inmigrantes (3,9%, [IC 95%: 3,6-4,2]),

### CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que provenir de una zona en conflicto no necesariamente se relaciona con un aumento de la psicopatología, y que los migrantes de países occidentales presentan TM en los países de acogida.

### CEI

Aprobado por el comité ético de investigación correspondiente del territorio HCB/2016/0858 y 4R17/066.

## Factibilidad y utilidad de la ecografía en el punto de atención (POCUS) en la consulta de Atención Primaria. Estudio piloto descriptivo EKOAP (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1032

Maite Bravo Bárcena<sup>a</sup>, Iñaki Martín Lesende<sup>b</sup>, Naia Azkarate Estévez<sup>c</sup>, Iker Llamosas Luengo<sup>d</sup>, Roberto González Santisteban<sup>e</sup>

<sup>a</sup> CS Basauri-Ariz. Basauri. Bizkaia (España)

<sup>b</sup> CS Indautxu. Bilbao. Bizkaia (España)

<sup>c</sup> Consultorio Local de Lemoiz. Gorliz. Bizkaia (España)

<sup>d</sup> CS Gazteleku. Bilbao. Bizkaia (España)

<sup>e</sup> Consultorio Local Luyando. Amurrio. Araba (España)

### OBJETIVOS

Evaluar la factibilidad y utilidad de la ecografía-POCUS en la consulta de Atención Primaria (AP) considerando utilización, hallazgos y coincidencia diagnóstica.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio piloto transversal multicéntrico en AP. Se han registrado las ecografías (julio de 2021-julio de 2022) de seis médicos de familia experimentados en el uso habitual de la ecografía-POCUS y se han asegurado los aspectos éticos (confidencialidad, comité ético de investigación clínica [CEIC]).

**Variables:** edad/género del paciente, características de ecografías (tipo, duración, emplazamiento), derivaciones/intervenciones diagnóstico-terapéuticas, hallazgos y coincidencia diagnóstica (tras 5 meses de seguimiento).

**Análisis:** univariado (porcentajes, media/mediana, estadísticos de dispersión, inferencia estadística), asociación de variables, regresión logística (considerando variable dependiente la existencia de alteraciones ecográficas); nivel de significación: 0,05. Datos recogidos en formularios Excel y analizados con SPSS-25.

### RESULTADOS

547 ecografías. Edad media : 54,3 ± 18,8 años. Mujeres: 55%. Diferente duración según modalidad: abdomino/pélvica/urológica (37,1% del total de ecografías): 13,9 ± 5,2 minutos; osteomuscular (25,8%): 11,8 ± 3,6 ; partes blandas (20,7%): 8,7 ± 3,5,  $p < 0,001$ ; otras: pulmonar, vascular, tiroides/cuello, testículos/ginecológica. Programadas: 73,1%; inmediatas: 26,9%, estas fundamentalmente pulmonares (61,9%) y vasculares (58,3%),  $p < 0,001$ . Alteraciones ecográficas (en 64,9%, IC 95%: 61,9-68,9) más frecuentes: osteoarticulares (rodilla/pierna/hombro): 27,3%; partes blandas (nódulos/gangliones/adonopatías/lipomas): 21,2%, y urológicas: 14,9%. Asociación con encontrar alteraciones (regresión logística): modalidad (considerando referencia abdomino/pélvica/urológica, partes blandas odds ratio [OR]: 19,9, IC 95%: 9,2-43,0,  $p < 0,001$ ; osteomuscular, OR 3,6, IC 95%: 2,2-6,1,  $p < 0,001$ ), sexo (hombres OR 1,8, IC 95%: 1,2-2,8,  $p = 0,008$ ),



edad ( $\geq 80$  años, OR: 8,8, IC 95%: 3,2-24,1,  $p < 0,001$ ); AUC 0,8 (IC 95%: 0,77-0,85). Sin coincidencia diagnóstica ecográfica un 5,7% (IC 95%: 3,8-7,7%); asociado con pedir más pruebas/derivaciones (71,0% versus 45,1% cuando hubo coincidencia,  $p < 0,005$ ); dos casos de carcinoma derivados a pesar de ausencia de hallazgos ecográficos. Drenaje/infiltración en 15 casos.

## CONCLUSIONES

La ecografía-POCUS se muestra factible/compatible con la consulta de AP (considerando duración y modalidades), útil (por hallazgos/coincidencia diagnóstica) y segura (aporta confianza en el diagnóstico-manejo). Las diferentes realidades asistenciales pueden limitar la generalización de resultados, aunque también reflejan la versatilidad del empleo de la ecografía-POCUS y la necesidad de explorar/ampliar su potencial aplicabilidad.

### CEI

Aprobación CEIm-Euskadi (PS2021046).

## Hipervitaminosis B<sub>12</sub>, como reactante, biomarcador en cáncer y otras patologías crónicas. Estudio de seguimiento para establecer un protocolo en Atención Primaria (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1033

Cristina Velarde Mayol<sup>a</sup>, Marta García de Burgos<sup>b</sup>, Ana Isabel Cordero Sanz<sup>a</sup>, Corina Torres Barriga<sup>a</sup>, Sandra Milagros Lorenzo Hernández<sup>b</sup> y Jorge Luaces Puente<sup>b</sup>

<sup>a</sup> CS de Segovia I. Segovia (España)

<sup>b</sup> Complejo Hospitalario de Segovia (España)

## OBJETIVOS

Analizar las causas de hipervitaminosis B<sub>12</sub>-(HV-B<sub>12</sub>): neoplásicas, patologías agudas, autoinmunes, por sobredosificación de B<sub>12</sub>, en pacientes mayores de 18 años, con seguimiento durante un mínimo de 2 años para establecer un protocolo en Atención Primaria.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de prevalencia y seguimiento durante más de 2 años. Población: mayores de 18 años de un área de salud, con niveles de HV-B<sub>12</sub> > 970 pg/mL. Período de corte: 2019. Muestreo aleatorio-sistemático con reposición. Variables: poblacionales, evolución de la HV-B<sub>12</sub>, neoplasias, enfermedades autoinmunes, sobredosificación, procesos agudos. Estadística: medidas de tendencia central con sus intervalos de confianza (IC) del 95%; análisis comparativo: t-Student, chi cuadrado. Análisis multivariante, analizando su asociación con neoplasias (recientes, reactivación). Significativo p

## RESULTADOS

Total: 421. Hombres: 60,3% (IC 95%: 55,6-655,0), sin diferencias por grupos de HV-B<sub>12</sub>. Por sobredosificación de vitamina B<sub>12</sub>: 34,0% (IC 95%: 29,5-38,5), cuya edad media fue 75,8 años (desviación estándar [DE]: 16,9) y en los no tratados 69,3 (DE: 18,3) diferencia significativa ( $p = 0,004$ ). Autoinmunes: 8,8% (IC 95%: 5,4-10,6), inflamaciones agudas graves: 12,4% (IC 95%: 9,2-15,5), principalmente pulmonares y digestivas, un 31,2% permanece con niveles altos 1,2 años después. Desconocidas: 25,2% (IC 95%: 21,0-29,3), el 26,6% sigue con niveles altos a los 2,2 años (rango: 1-9 años). Neoplasias: 19,1% (IC 95%: 15,3-22,8), recientes: 13,3%. Reactivación de una neoplasia antigua: 5,8%, el 96,3% (IC 95%: 92,2-100) > 50 años; ranking: hematológicas (28,7%), digestivas (23,7%), ginecológicas (16,5%), próstata (12,4%), origen desconocido (6,7%). Con una mortalidad 2,4 veces mayor que en los restantes grupos no tratados con vitamina B<sub>12</sub>. La mortalidad global fue 2,3 veces mayor en el grupo no tratado que por sobredosificación.

## CONCLUSIONES

- En casi un 10% pudo objetivarse una enfermedad autoinmune.
- En un 12,4% coincidió con un proceso inflamatorio agudo grave.
- En una cuarta parte, la causa sigue siendo años después idiopática.
- Casi el 20% tenía antecedentes de neoplasias recientes o recaídas. Podría considerarse un factor predictivo de neoplasia o un marcador de mal pronóstico.
- La mortalidad global es 2,3 veces más frecuente en el grupo que estaba sin tratamiento, comportándose también como un posible marcador de mal pronóstico.

### Comité ético de intervención

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica. Código: CEI: 22-04. Acta número 03/2022, y por la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Segovia (7 de marzo de 2022) para las consultas de las historias clínicas tanto del medio hospitalario (Jimena y GAPE-Sacyl) como de Atención Primaria (Medora-Sacyl).

## Impacto de una intervención multidisciplinar basada en la revisión de la medicación centrada en la persona en pacientes institucionalizados (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1034

Sonia Baró Sabaté<sup>a</sup>, Ana María de Andrés Lázaro<sup>b</sup>, Daniel Sevilla Sánchez<sup>b</sup>, Hilda Alfaro Riveros<sup>a</sup>, Anna Carrasco Álvarez<sup>a</sup> y Marco Inzitari Casale<sup>c</sup>

<sup>a</sup> CAP Larrard. Barcelona (España)

<sup>b</sup> Atención Intermedia. Parc Sanitari Pere Virgili. Barcelona (España)

<sup>c</sup> Parc Sanitari Pere Virgili. Barcelona (España)

## OBJETIVOS

Evaluar el impacto de una intervención de revisión de la prescripción centrada en la persona (PCP) y multidisciplinar sobre la polifarmacia y la adecuación del tratamiento en personas que viven en residencias.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo clínico pragmático preintervención/postintervención en personas mayores de 65 años que viven en residencias geriátricas (20 centros de Barcelona). Se hizo una revisión de la PCP estandarizada en tres pasos: revisión de objetivos, diagnósticos y fármacos. La intervención la implementó un equipo multidisciplinar (medicina, enfermería y farmacia). Se analizaron patrones de polifarmacia ( $\geq 5$  fármacos), hiperpolifarmacia ( $\geq 10$  fármacos) y adecuación (objetivo terapéutico, prescripción potencialmente inapropiada [PPI, escala EU(7)-PIM], carga anticolinérgica [escala ACB]). Se hizo un análisis de datos apareados t-test y test de McNemar preintervención y postintervención. Todos los análisis se estratificaron por grado de fragilidad (Índice VIG-Frail).

## RESULTADOS

Se incluyeron 86 pacientes (edad media: 88,31 años [sd 6,68]; 88,3% mujeres) con fragilidad moderada-alta (media I-VGI 0,4 [sd 0,13], 40% moderada, 22% severa, media Barthel 51,2 [sd 28,51]). Preintervención, la media de fármacos por paciente fue 10,20 [sd 3,04] y se observó una reducción de -2,56 fármacos/paciente (intervalo de confianza [IC] 95%: -3,04 a -2,07). Se observó un impacto estadísticamente significativo en los pacientes con polifarmacia e hiperpolifarmacia (reducción del 9,3% y del 40,70%, respectivamente). La mayoría de tratamientos fueron sintomáticos o etiológicos. Los pacientes con  $\geq 1$  PPI se redujeron un 13,95% y la carga anticolinérgica disminuyó desde 2,20 (sd 1,69) a 1,72 (sd 1,50) puntos. Los resultados fueron consistentes en todos los grupos de fragilidad.

## CONCLUSIONES

La aplicación de una intervención multidisciplinar de PCP en el ámbito de residencias ha demostrado ser efectiva tanto en la reducción de polifarmacia e hiperpolifarmacia como en la mejora de la adecuación de tratamientos en todos los grados de fragilidad.

### CEI

Comité Ético de Investigación con Medicamentos (CEIm) Parc de Salut MAR. Código número 2022/10220.

## Influencia de la contaminación ambiental sobre las exacerbaciones de asma bronquial (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1035

Isabel Blanco Yuste<sup>a</sup>, Mercedes Cantalapiedra Barbosa<sup>b</sup>, Tomás Ruiz Albi<sup>c</sup>, Roberto Velasco Zúñiga<sup>c</sup>, Fernando Moreno Torrero<sup>d</sup> y Félix del Campo Matía<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Cs Delicias I. Valladolid (España)

<sup>b</sup> Cs Delicias II. Valladolid (España)

<sup>c</sup> Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid (España)

<sup>d</sup> Universidad de Valladolid (España)

## OBJETIVOS

Analizar la relación entre el número diario de urgencias por asma y la concentración ambiental media diaria del material particulado con diámetro  $\leq 5$  micras (PM<sub>2,5</sub>) y el dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio ecológico retrospectivo de series temporales. Se consideraron las visitas a urgencias por asma entre 2013 y 2019. La asociación entre la concentración de PM<sub>2,5</sub> y NO<sub>2</sub> con el número de visitas a urgencias por asma (VUA) se estudió mediante un modelo lineal generalizado con regresión de Poisson. Se ajustó por variables meteorológicas y estacionales para evitar su potencial efecto confusor. Se evaluaron cinco lags temporales (0, 1, 3, 5 y 7 días) para estudiar la influencia del retardo entre la exposición y la visita a urgencias.

## RESULTADOS

Se analizaron 11.051 urgencias por asma correspondientes a 5.936 pacientes, de los cuales 4.800 eran de edad pediátrica (hicieron 9.335 VUA) y 1.136 eran mayores de 14 años (hicieron 1.716 VUA). Las VUA y la concentración de los contaminantes mostraron un marcado comportamiento estacional con valores más altos en otoño e invierno. Se observó una asociación positiva significativa entre las concentraciones de PM<sub>2,5</sub> y NO<sub>2</sub> y las VUA, con un riesgo relativo por incremento de 10  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  para el lag -3 de 1,073 (intervalo de confianza [IC] 95%: 1,042-1,106) y de 1,075 (IC 95%: 1,054-1,097), respectivamente. En términos de fracción atribuible, una disminución de 10  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  de la concentración ambiental de PM<sub>2,5</sub> y NO<sub>2</sub> podría evitar, respectivamente, el 6,8% (IC 95%: 4-9,5) y el 6,9% (IC 95%: 5,1-8,8) de las VUA 3 días después.

## CONCLUSIONES

El incremento de la concentración de PM<sub>2,5</sub> y NO<sub>2</sub> se asoció con un aumento de las urgencias hospitalarias por exacerbación asmática en nuestro entorno. La disminución de la contaminación ambiental supondría un importante efecto beneficioso para la salud comunitaria, y especialmente, para personas más susceptibles como los pacientes con asma bronquial.

## CEI

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación con medicamentos (CEIm PI208-19).

## Papel de la Atención Primaria en el cribado diagnóstico y tratamiento de personas con apnea obstructiva del sueño (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1036

Elena Olabarrieta Zaro<sup>a</sup>, Helena Comas i Soler<sup>a</sup>, Sílvia Cairó Corominas<sup>a</sup>, Helena Faixeda Vidal<sup>b</sup>, Judit Pinsach Garanger<sup>c</sup> y Anton Obrador Lagares<sup>c</sup>

<sup>a</sup> CAP de Salt. Girona (España)

<sup>b</sup> CAP de Sarriá de Ter. Girona (España)

<sup>c</sup> Hospital Josep Trueta. Girona (España)

## OBJETIVOS

- Realizar el cribado de apnea obstructiva del sueño (AOS) de la población atendida por cualquier motivo en Atención Primaria (AP) mediante el test de STOP-BANG.
- Mejorar el proceso asistencial del diagnóstico de la apnea obstructiva del sueño, incorporando al personal de enfermería de AP en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con apnea del sueño, con el apoyo de una unidad virtual del sueño hospitalaria.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y transversal en población de entre 30 y 70 años atendida en AP. Se incluyen personas con tres o más puntos en el test de STOP-BANG y se excluyen a las personas con enfermedades graves cardiovasculares y barrera idiomática, así como a personas con estudios de apnea del sueño previos. Variables: edad, sexo, peso, test de STOP-BANG, número de apneas del sueño (índice de apnea-hipoapnea [IAH]). Las variables continuas se describen con la media y su desviación estándar, y las categóricas, mediante la frecuencia absoluta y su porcentaje. Cada paciente firmó consentimiento informado. El estudio fue aceptado por el comité ético correspondiente.

## RESULTADOS

Los profesionales de AP realizaron el test de STOP-BANG a 1.290 personas. El personal de enfermería hizo la anamnesis focalizada y la poligrafía respiratoria nocturna a las 986 personas que obtuvieron un test de STOP-BANG  $\geq 3$ . De estas, 608 personas (62%) fueron diagnosticadas de apnea del sueño por la unidad virtual y tratadas con el dispositivo CPAP en AP, 222 personas (22%) fueron derivadas a la unidad del sueño hospitalaria y se dio de alta a 156 (16%) al no tener patología del sueño.

## CONCLUSIONES

Aceptación positiva en el proceso diagnóstico y tratamiento de la AOS en AP. Alta sensibilidad de la prueba de cribado STOP-BANG en AP. Se diagnostica y se controla al 62% de las personas con AOS desde su propio centro de AP. Se valida la factibilidad de la AP en el diagnóstico y tratamiento y la mejora del infradiagnóstico de AOS.

## CEI

El número de comité ético de investigación (CEI) es 2021.049.

## Percepción de los padres frente a la posibilidad de que sus hijos puedan desarrollar un trastorno de conducta alimentaria (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1037

Belén García Barnusell<sup>a</sup> y Javier Clement Botella<sup>b</sup>

<sup>a</sup> CS Cuenca IV. Cuenca (España)

<sup>b</sup> CS Cuenca I. Cuenca (España)

## OBJETIVOS

Evaluar si los padres/madres detectan en sus hijos/hijas la posibilidad de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria (TCA) de manera precoz.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado entre 2021 y 2022, en el que se han seleccionado adolescentes y preadolescentes de una provincia con edades de entre 10 y 13 años (ambos inclusive) y en el que ha participado un tutor legal (sin atender al sexo) por cada paciente. Se emplearon los siguientes cuestionarios de cribado de TCA: SCOFF, EAT-26 y CIMEC-40 para población infantil, y el cuestionario de observación de conducta anoréxica para progenitores (ABOS). Se excluyeron a pacientes con TCA ya diagnosticado y a quienes no aceptaron participar.

## RESULTADOS

Se incluyeron 138 progenitores (uno por cada paciente incluido en el estudio), con una edad media de  $45,07 \pm 5,03$  años y el índice de masa corporal (IMC) medio de  $23,94 \pm 3,69$  kg/m<sup>2</sup>. Ninguno de los progenitores reconoció diagnóstico previo de TCA en sus hijas/hijos. El 8% de los padres/madres presentó un resultado positivo para el cuestionario ABOS, siendo un único padre el que tuvo resultado positivo y su hijo negativo. De los 45 niños que tuvieron SCOFF positivo, el 17,8% también presentó ABOS positivo. De los 17 niños que tuvieron EAT-26 positivo, el 29,4% presentó ABOS positivo. De los 26 niños que presentó CIMEC-40 positivo, el 23,1% tuvo ABOS positivo. Finalmente, cabe señalar que el 81,8% de progenitores tuvo un resultado negativo en el grupo de niños con al menos un test positivo.

## CONCLUSIONES

La utilización del cuestionario ABOS permite la detección de TCA por parte de padres en sus hijos, sin embargo, se considera necesario hacer pruebas de significación estadística para valorar su eficacia a la hora de detección de los mismos.

### CEI

Aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud de Cuenca, sin apreciar conflictos de intereses (REG:2021/PI3021), con informe favorable a día 15 de diciembre de 2021.

## Percepciones de stakeholders sobre una herramienta basada en la evidencia para promover la participación comunitaria (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1038

María Victoria López Ruiz<sup>a</sup>, Viola Cassetti<sup>b</sup>, Joan Josep Paredes Carbonell<sup>c</sup>, Carmen Belén Benedé Azagra<sup>d</sup> y Catalina Núñez Jiménez<sup>e</sup>

<sup>a</sup> CS Santa Victoria (Sector Sur). Córdoba (España)

<sup>b</sup> Investigador independiente. Castellón (España)

<sup>c</sup> Dirección de Atención primaria. Departamento de Salud La Ribera. Valencia (España)

<sup>d</sup> CS Canal Imperial-San José Sur. Zaragoza (España)

<sup>e</sup> Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública y Participación. Mallorca. Illes Balears (España)

## OBJETIVOS

Evaluar la funcionalidad de una herramienta basada en la evidencia para mejorar la participación comunitaria en proyectos de promoción de la salud.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo multicéntrico en 13 proyectos de promoción de la salud comunitaria en España. Recopilación de datos a través de encuesta con respuestas múltiples y respuestas abiertas sobre tres ejes: opiniones generales sobre la herramienta, el lenguaje utilizado y su utilidad para mejorar la participación comunitaria.

## RESULTADOS

De los 13 proyectos reclutados, 86 personas contestaron al cuestionario sobre la herramienta. Casi la mitad se identifica como persona técnica de una institución (49%); el 17%, como personal técnico de asociación; el 14%, como directivo de institución; el 11%, como miembro de la comunidad, y el 9%, como personal directivo de asociación. El 82% de participantes valoró con un 4 o 5 (sobre una escala de 1 a 5) el lenguaje utilizado en la herramienta, siendo las personas profesionales técnicas de institución y de asociación las que

mejor valoraron este apartado. El 77% de participantes valoró con un 4 o 5 (sobre una escala de 1 a 5) la utilidad de la herramienta para mejorar la participación comunitaria en su proyecto, siendo las personas profesionales técnicas de las administraciones públicas las que mejor puntuaron este apartado. Las opiniones generales reflejan que la herramienta se percibe como útil para reflexionar, aunque es muy extensa y se podría simplificar.

## CONCLUSIONES

La herramienta puede ser útil para mejorar la participación comunitaria en proyectos de promoción de la salud, siendo de especial interés para personal técnico. Sin embargo, existen algunos factores de mejora como la extensión.

### CEI

Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de Aragón C.P. - C.I. PI20/116.

## Reducción y recuperación incompleta de la longitudinalidad asistencial durante la pandemia de la COVID-19 (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1039

Ermengol Coma Redon<sup>a</sup>, Núria Mora Fernández<sup>a</sup>, Carolina Guiriquet Capdevila<sup>a</sup>, Souhel Flayeh Beneyto<sup>a</sup>, Francesc Fina Avilés<sup>a</sup> y Rafel Ruiz Riera<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Sistemes d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària (SISAP). Barcelona (España)

<sup>b</sup> Subdirección General de Atención Primaria. Departament de Salut. Barcelona (España)

## OBJETIVOS

Analizar la evolución de la longitudinalidad asistencial durante la pandemia de la COVID-19.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de la evolución del índice del proveedor asistencial principal (IPAP) a partir de la adaptación del índice internacional Usual Provider of Care Index. El IPAP se define como el porcentaje de visitas realizadas por el médico mayoritario del paciente y se usa habitualmente para calcular la longitudinalidad de los equipos de Atención Primaria (EAP). El indicador se calcula a nivel de paciente y luego se agrega un resultado para el equipo. Para este estudio, se calculó el IPAP mensualmente desde enero de 2019 a diciembre de 2022. Además, se calculó el porcentaje de variación de cada mes respecto al inicio de la pandemia. Los resultados se estratificaron por ruralidad y nivel socioeconómico (cuatro grupos).

## RESULTADOS

Se analizaron 287 EAP, 99 rurales y 188 urbanos. En el primer año de estudio previo al inicio de la pandemia de la COVID-19, la longitudinalidad se mantuvo constante. En febrero de 2020, la longitudinalidad media era de 75,7%. Desde entonces se redujo un 12,4% hasta llegar al 66,3% en enero de 2021. Posteriormente, la longitudinalidad se ha ido recuperando lentamente y, en diciembre de 2022, la longitudinalidad media era de 72,2%, aún un 4,6% inferior al valor de antes de la pandemia, pero con un 8,9% de incremento respecto al valor más bajo de la serie. La reducción fue menor en EAP rurales (-8,5%) y mayor en zonas urbanas socioeconómicamente más deprimidas (-15% versus -11% en zonas urbanas ricas).

## CONCLUSIONES

La longitudinalidad se redujo de forma drástica durante 2020. Posteriormente, se ha experimentado una recuperación sin llegar aún a los niveles de antes de la pandemia.

### CEI

Aspectos ético-legales: estudio con datos agregados y aprobado por el Comité de Ética de la IDIAP Jordi Gol (código del proyecto: 20/130-P).

## Qué difícil es «hacer el amor» (investigar) en «un Simca 1.000». Estudio EKOAP de ecografía en el punto de atención POCUS (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1040

Iñaki Martín Lesende<sup>a</sup>, Juanjo Iglesias Losada<sup>b</sup>, Mónica García Asensio<sup>c</sup>, M.<sup>a</sup> Emma del Campo Pena<sup>d</sup> y Ander López de Heredia Gutiérrez<sup>e</sup>

<sup>a</sup> CS Indautxu. Bilbao. Bizkaia (España)

<sup>b</sup> CS Gorliz-Plentzia. Gorliz. Bizkaia (España)

<sup>c</sup> CS Mamariga Santurtzi. Bilbao. Bizkaia (España)

<sup>d</sup> CS Amara-Centro. Donostia. Gipuzkoa (España)

<sup>e</sup> Consultorio Local La Arboleda. Trápaga. Bizkaia (España)

## OBJETIVOS

Explorar los motivos por los que el estudio global EKOAP, de ecografía-POCUS en Atención Primaria (AP), se está haciendo tan dificultoso, incluso incompleto, a pesar de su pertinencia y factibilidad potencial.

## PACIENTES Y MÉTODOS

El estudio piloto EKOAP se diseñó para evaluar la factibilidad/utilidad de la ecografía-POCUS en AP en base a las ecografías realizadas durante julio de 2021-2022, completándose con un subestudio de satisfacción y otro comparando el proceso de diagnóstico-manejo respecto de médicos/médicas que no la utilizan. Para explicitar las

causas que están dificultando realizar el estudio con toda su amplitud, se empleó narración crítica de acontecimientos durante el desarrollo (reuniones de equipo) y pregunta abierta a los nueve investigadores: ¿qué dos aspectos están dificultando en mayor medida el desarrollo del estudio? Las diferentes realidades asistenciales pueden limitar la generalización de resultados, aunque hay bastantes características comunes con la «investigación emergente en AP» y sus dificultades.

## RESULTADOS

La consideración actual de no hacer los subestudios de satisfacción y comparación con médicas/médicos que no hacen ecografías surgió de las dificultades organizativas imbricadas con la escasez de tiempo. Diferente apoyo de la organización, que en un caso dificultó la incorporación de una investigadora. Otra de ellas abandonó refiriendo saturación/sobrecarga asistencial (incluso retiró el ecógrafo de consulta) y una tercera, por falta de facilitación una vez que entregó sus registros. Uno de los investigadores tampoco ha podido hacer ecografías por inestabilidad laboral y no disponer de ecógrafo. A la pregunta de factores que dificultaban el desarrollo del estudio, todos refirieron sobrecarga asistencial (sin promover/facilitar investigación), seis argumentaron que percibieron falta de apoyo institucional. Otros factores que supusieron dificultades fueron: falta de hábito/formación investigadora, inestabilidad laboral, falta de medios (ecógrafos). La cohesión del grupo e intereses posibilita seguir adelante.

## CONCLUSIONES

Sin apoyo institucional, reconocimiento, recursos y cambios de modelo asistencial, se torna difícil desarrollar investigación emergente de calidad en AP. Es importante explicitar obstáculos (la realidad y las características del estudio permiten generalizar a investigaciones similares) para contrarrestarlos. Por ganas no queda, a pesar de las dificultades.

### CEI

Comité de Ética y de Investigación de Euskadi, CEIm-Euskadi (PS2021046).

## Teleconsulta en Atención Primaria: valoración de usuarios y profesionales y perspectiva de futuro (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1041

Agnès Garriga Casanovas<sup>a</sup> y Sofía Gamucci Jiménez de Parga<sup>b</sup>

<sup>a</sup> CAP El Carmel. Barcelona (España)

<sup>b</sup> CAP Guineueta. Barcelona (España)

## OBJETIVOS

Conocer la valoración de personas usuarias y profesionales de la sanidad sobre la teleconsulta en Atención Primaria.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal aprobado por el Comité de Ética de Investigación (CEI)-IDIAP Jordi Gol. Encuesta a dos centros de Atención Primaria en entorno urbano: presencial a profesionales (23 médicas/médicos-25 enfermeras/enfermeros) con 48 respuestas; telefónica a 300 pacientes adultos (estratificados aleatoriamente por edad y género) sin deterioro cognitivo ni hipoacusia que hubieran realizado al menos una teleconsulta en el año previo. Análisis descriptivo mediante frecuencias y comparación de proporciones. Se analizó la valoración global de la teleconsulta según motivos (incapacidad temporal [IT], receta electrónica [RE], patología crónica [PC], patología aguda [PA] y motivos relacionados con la COVID-19 [Cov-19]) y las preferencias futuras de atención. Se recogió la valoración de la relación paciente-profesional en la teleconsulta y la valoración de aspectos ético-legales y de gestión.

## RESULTADOS

Pacientes y profesionales valoran positivamente la teleconsulta para RE (83%/82%), IT (80%/64%) y Cov-19 (71%/58%). La valoran con menos frecuencia positivamente para PA (47%/25%) y PC (49%/33%), sin diferencias significativas. Los profesionales la valoran discretamente peor que los usuarios, excepto para RE. Los usuarios jóvenes valoran mejor la teleconsulta.

## CONCLUSIONES

La población estudiada valora positivamente la teleconsulta, siendo mejor valorada para IT o RE, así como para Cov-19. Pese a considerar respetada la intimidad, los/las profesionales consideran que no permite realizar una entrevista clínica óptima. De cara al futuro, profesionales y personas usuarias prefieren abordar la PA y PC de forma presencial.

### CEI

El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación (CEI)-IDIAP Jordi Gol.

## Terapia asistida con perro para rebajar la ansiedad y facilitar las extracciones sanguíneas en niños: ensayo clínico en Atención Primaria (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1042

Esther Rodrigo Claverol<sup>a</sup>, María Dolores Rodrigo Claverol<sup>b</sup>, Marta Ortega Bravo<sup>c</sup>, Julia Jové Naval<sup>b</sup>, M.<sup>a</sup> Carmen Naudi Farré<sup>b</sup> y Eva Escolà Acuña<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CAP Primer de Maig. Lleida (España)

<sup>b</sup> CAP Bordeta-Magraners. Lleida (España)

<sup>c</sup> ABS Cappellet. USR Lleida (España)

## OBJETIVOS

- Evaluar la eficacia de la terapia asistida con animales (TAA) durante la extracción sanguínea en un servicio de pediatría de Atención Primaria.
- Determinar si facilita la técnica de extracción.
- Objetivar si disminuye la ansiedad del niño/niña y de sus progenitores durante la extracción.
- Valorar el grado de satisfacción padres/profesionales.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo clínico aleatorizado, dos brazos: grupo control (GC)-grupo intervención (GI), *open-label*. Población: niños/niñas 3-8 años que precisaran analítica de sangre. Exclusión: alergia/fobia a los perros. Intervención: en el GC se hará la extracción de sangre siguiendo el protocolo habitual. Y en el GI se procederá como en el GC, pero también se aplicará la TAA, que se basa en que el niño o la niña interactúe individualmente con el perro de terapia 10 minutos antes de la extracción, durante la extracción y 5 minutos después de la extracción. Personal: enfermería, pediatra, técnico de TAA. Variables: edad, género, Observation-Scale-Behavioral-Distress (OSBD), escala facial para valorar satisfacción de los niños, cuestionarios de opinión de progenitores y personal de enfermería. Prevención zoonosis y protocolo bienestar animal.

## RESULTADOS

Participantes: 64 (29 GC, 35 GI). Género: 36 (56,2%) mujeres. Edad media: 5,42 ( $\pm 1,75$ ) años. OSBD-Total: 5,73 ( $\pm 10,4$ ) (7,90 [1,40; 11,8] GC, 0,21 [0,00; 3,50] GI).

## CONCLUSIONES

Objetivamos una disminución significativa de la ansiedad en los niños y niñas del GI durante la extracción con perro. El personal de enfermería opina que la presencia del perro no interfiere durante la extracción y la facilita, pudiendo reducir el riesgo de accidente durante esta. Las madres y los padres manifiestan que el perro contribuye a que ellos se relajen y también lo hagan sus hijas e hijos, al

percibir la técnica de extracción de sangre como menos agresiva. Recomiendan la TAA sin dudarle. Así pues, ya que la extracción de sangre resulta estresante para la población infantil, generar un recuerdo positivo mediante la TAA podría facilitar futuras extracciones.

#### CEI

IDIAP Jordi Gol 19/042-P.

## Uno detrás de otro: factores que influyen en el abandono de la Medicina Familiar y Comunitaria de jóvenes médicos y médicas de familia (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1043

Ana Pereira Iglesias<sup>a</sup>, Maite Cruz Piqueras<sup>b</sup> y Sergio Minué Lorenzo<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Aplica Cooperativa. Madrid (España)

<sup>b</sup> Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada (España)

### OBJETIVOS

Explorar los principales motivos que influyen en el abandono por parte de las y los jóvenes médicos de familia (JMF) del ejercicio de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC).

### PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizaron ocho entrevistas semiestructuradas y un grupo triangular entre abril y septiembre de 2022 para explorar motivos que influyen en el abandono de la MFyC, el profesionalismo, cambios en el trabajo en Atención Primaria (AP) desde la pandemia de la COVID-19 y recomendaciones para la permanencia de JMF. Se entrevistaron a 11 JMF de Granada y Madrid que habían abandonado la profesión, realizándose un muestreo por bola de nieve, teniendo en cuenta si las personas participantes tenían o no descendencia y si participaban de forma activa en algún movimiento pro-MFyC como criterios de heterogeneidad. Las entrevistas fueron conducidas por una persona del equipo investigador, siguiendo un guion elaborado para explorar los temas de interés, se transcribieron literalmente y se analizaron mediante análisis temático del contenido.

### RESULTADOS

Los y las JMF abandonan la MFyC por la frustración de no poder ejercerla como les gustaría, por insatisfacción laboral y por una visión pesimista de su futuro como profesionales de la sanidad. Ideas destacadas con mucho consenso fueron: el abandono por la sobrecarga laboral, la falta de longitudinalidad, la imposibilidad para conciliar con la vida personal, el desprestigio de la AP y la falta de posibilidades de desarrollo profesional. La decisión de abandonar

se ha favorecido por el empeoramiento de las condiciones laborales tras la crisis de la COVID-19 y por los valores que tienen los jóvenes profesionales respecto al trabajo.

### CONCLUSIONES

Para favorecer la permanencia de JMF en AP, es necesario mejorar sus condiciones laborales y tomar medidas para aumentar el prestigio de la MFyC.

#### CEI

Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Granada. 2844/CEIH/2022.

## Validación de una versión modificada del PCPI-S para medir atención centrada en la persona en Atención Primaria (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1044

Sandra López Barakaldo<sup>a</sup>, Itxaso Respaldiza Berroeta<sup>a</sup>, Ander Portugal Martínez<sup>b</sup>, María Cruz Muñoz González<sup>a</sup> y Heather Lynn Rogers<sup>c</sup>

<sup>a</sup> CS La Paz-Cruces. Barakaldo. Bizkaia (España)

<sup>b</sup> CS Zuazo. Barakaldo. Bizkaia (España)

<sup>c</sup> Biocruces Bizkaia. Barakaldo. Bizkaia (España)

### OBJETIVOS

Medir la atención centrada en la persona (ACP) autorreportada por profesionales de Atención Primaria (AP) mediante la identificación y validación de un cuestionario.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Tras revisar la literatura, identificamos el cuestionario Person-Centred Practice Inventory-Staff (PCPI-S; Slater, McCance and McCormack, 2017). De los 59 ítems y 17 subescalas, seleccionamos 10 subescalas con los 33 ítems que mejor reflejaba la ACP en AP. Se utilizó el método de traducción y retrotraducción de la Organización Mundial de la Salud. Es un estudio observacional transversal en AP. Se reclutaron 94 sanitarios (42 médicos y 52 enfermeras), sin abandonos, de cinco centros de salud para completar el cuestionario. Se hizo un análisis factorial exploratorio utilizando el método la factorización de ejes principales y la rotación promax. Las limitaciones son el tamaño reducido de la muestra y el posible sesgo por autorreporte. El estudio recibió la aprobación del comité de ética (CEIC PI2021204).

### RESULTADOS

Una solución con cinco factores explicó el 51,7% de la varianza. Para retener un ítem, la carga factorial tenía que alcanzar un punto

de corte de 0,40 y sus cargos a otro factor tenían que estar por debajo de 0,15 puntos menos del valor de su cargo mayor. Se propone una escala de ACP en AP de 21 ítems con 5 subescalas: integración de la perspectiva del paciente como persona (6 ítems), utilización de comunicación empática verbal y no-verbal (6 ítems), autorreflexión (3 ítems), ACP basado en la evidencia (4 ítems) y valores y creencias ACP (2 ítems). Las correlaciones entre factores tenían un rango de 0,072-0,539.

## CONCLUSIONES

Los resultados indican que tenemos un cuestionario corto auto-cumplimentado válido para medir la ACP en AP. Sería importante replicar los resultados en muestras más grandes. En estudios posteriores, se podrían revisar las historias clínicas o recoger información sobre ACP en consulta con un observador externo.

### CEI

El Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos de Euskadi (CEIm-E) aprobó el estudio- CEIC PI2021204.

## PÓSTERES CON PRESENTACIÓN ORAL (RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN)

### Adaptación transcultural y validación del cuestionario de percepción de relación médico-paciente PREMEPA (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1045

María Zarza Arribas<sup>a</sup>, Juan Francisco Menárguez Puche<sup>b</sup> y Rosario Morales López<sup>c</sup>

<sup>a</sup> CS Parquesol. Valladolid (España)

<sup>b</sup> CS Profesor Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia (España)

<sup>c</sup> CS Cartagena-Oeste. Cartagena. Murcia (España)

## OBJETIVOS

Realizar una adaptación transcultural y validación en Atención Primaria (AP) del cuestionario de percepción de relación médico-paciente PREMEPA.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Validación cualitativa:** se elaboró una versión adaptada del cuestionario original validado en Perú sobre pacientes atendidos en hospital. El proceso comenzó con una adaptación transcultural: ajuste equivalente de terminología lingüística de diferencias culturales, pero

manteniendo la equivalencia semántica. Esta primera fase se hizo mediante consenso de nueve expertos, médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria con formación específica en comunicación. Posteriormente, se ofreció el cuestionario a una muestra de 32 pacientes diagnosticados de al menos dos patologías crónicas. Se hizo pilotaje cognitivo con valoración de comprensibilidad, validación de contenido y análisis de consistencia interna.

**Validación cuantitativa:** se estudiaron las propiedades psicométricas de consistencia interna (mediante coeficiente  $\alpha$  de Cronbach) y la validez de constructo mediante análisis factorial confirmatorio. Se hizo un estudio multicéntrico en AP, seleccionando una muestra aleatoria de pacientes diagnosticados de al menos dos patologías crónicas, comprobando la dimensionalidad y la relación de factores en el cuestionario. Los análisis se hicieron con el programa estadístico SPSSv22.

## RESULTADOS

Contestaron 202 pacientes (56,1% mujeres). El 45,7% tenían entre 60 y 75 años. Se confirmó un resultado de adecuada validez de contenido de la nueva versión española. La comprensibilidad y consistencia interna fueron adecuadas. El análisis factorial confirmatorio mostró una buena dimensionalidad, relación de factores y consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach = 0,78), así como una validez de constructo aceptable del nuevo cuestionario adaptado. El resultado final fue un cuestionario de 13 ítems concretados en dos dimensiones, que explican el 58,5% de varianza: participación en la toma de decisiones (aporta el 45,2% de varianza) y comunicación centrada en la persona (que engloba cortesía, empatía, humanidad y confianza).

## CONCLUSIONES

La versión española del cuestionario PREMEPA puede considerarse válida para emplearse en AP sobre población española con antecedentes de patología crónica.

### CEI

Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Santa María del Rosell, Áreas II y VIII de Salud del Sistema Murciano de Salud, en reunión celebrada el 12 de diciembre de 2019, acta número 09/19. Comisión de Evaluación de Trabajos de Investigación (CETI), Área VI-Vega Media del Segura del Servicio Murciano de Salud. Código CETI: 44/19.



## Adecuación del diagnóstico de gota en las historias clínicas de Atención Primaria (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1046

M.<sup>a</sup> Antònia Pou Giménez<sup>a</sup>, César Díaz Torné<sup>b</sup>, José Luis Estébanez Perpiñá<sup>c</sup>, Cristina Carbonell Abella<sup>d</sup>, Jordi Hoyo Sánchez<sup>e</sup> y Daniel Martínez Laguna<sup>f</sup>

<sup>a</sup> EAP Encants. Barcelona (España)

<sup>b</sup> Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona (España)

<sup>c</sup> EAP Vila de Gràcia-Cibeles. Barcelona (España)

<sup>d</sup> EAP Via Roma. Barcelona (España)

<sup>e</sup> EAP Numància. Barcelona (España)

<sup>f</sup> EAP Sant Martí. Barcelona (España)

### OBJETIVOS

Determinar el porcentaje de pacientes con diagnóstico de gota en su historia clínica (HC) de Atención Primaria (AP) que cumplen criterios EULAR/ACR 2105 de clasificación de gota.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en siete equipos de AP urbanos. Se seleccionaron aleatoriamente individuos mayores de 15 años con un diagnóstico de gota (CIE-10 CM: M10.0 o M1A.0 y subcategorías) entre 2011 y 2021. Se determinó si los enfermos cumplían los criterios EULAR/ACR 2015 por medio de los datos registrados en la HC y entrevista telefónica. Se recogieron variables demográficas (edad y sexo) y clínicas (fecha del diagnóstico, número y localización de los ataques, filtrado glomerular y uricemia en el diagnóstico y el último disponible, consumo de alcohol, tratamiento hipouricemiante, tofos, estudios de imagen y del líquido sinovial). Se calculó necesaria una muestra de 289 individuos para estimar con una confianza del 95% y una precisión de  $\geq 5$  unidades porcentuales un porcentaje poblacional que se previó alrededor del 75%.

### RESULTADOS

Se incluyeron 289 usuarios. La media de edad al diagnóstico fue de  $71,6 \pm 12,2$  años y 235 (81,3%) fueron hombres. Cincuenta (23,6%) presentaban un filtrado glomerular.

### CONCLUSIONES

El 71% de las personas con un diagnóstico de gota en la HC informatizada de AP cumplían criterios EULAR/ACR 2015 de gota. Al combinar el diagnóstico de gota con la presencia de hiperuricemia en al menos un registro, aumentaba el porcentaje hasta un 78,4%.

#### CEI

CEIm 22/011-P.

## Adecuación terapéutica en adultos mayores polimedicados. Una intervención en Atención Primaria. Estudio piloto (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1047

Gloria Tomás Martínez<sup>a</sup>, Patricia Molina Castillo<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> Consolación Sarabia Contreras<sup>a</sup>, Ángela Vidal López<sup>a</sup>, Juan Francisco Menárguez Puche<sup>a</sup> y Rafael Herrero Delicado<sup>b</sup>

<sup>a</sup> CS Profesor Jesús Marín. Murcia (España)

<sup>b</sup> Servicio Murciano de la Salud. Murcia (España)

### OBJETIVOS

Evaluar el impacto de dos intervenciones sobre adecuación terapéutica (AT) en personas adultas mayores polimedicadas en Atención Primaria (AP).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de intervención, controlado y no randomizado (cuasi experimental). Criterios de inclusión: pacientes  $\geq 65$  años con  $\geq 5$  fármacos de dos centros de salud (CS) del mismo municipio. Tamaño muestral: 164 pacientes por CS. Fuente de los datos: programa OMI-AP. Muestreo aleatorio de pacientes polimedicados (49% frecuencia). Prescripciones potencialmente inadecuadas según criterios STOPP-START. Realizadas dos intervenciones: CS1: formación continuada (FC) sobre adecuación terapéutica. CS2: FC + informe individualizado de AT ofreciendo a su médico/médica de familia (MF) modificar tratamientos. Contacto telefónico y cita con su MF para consensuar cambios pertinentes en la medicación (toma de decisiones compartida). Datos analizados inicialmente y a los 2 meses de intervenir. Variables explicativas: comorbilidad y especialistas hospitalarios. Variables de resultado: cuantitativo (número de fármacos) y cualitativo (criterios explícitos y normativos sobre AT). Análisis estadístico: descriptivo y estadística bivalente, antes y después de hacer dichas intervenciones.

### RESULTADOS

Los pacientes analizados (CS1 = 153 y CS2 = 115) fueron similares en edad, género y número de fármacos en ambos CS. Tomar más fármacos se relacionó con más comorbilidades (p).

### CONCLUSIONES

Aunque no se ha reducido el número de fármacos totales tras la intervención, se observa una mejora en la AT en CS2 (de un 40,9% a un 57%). A destacar una deprescripción del 74% de inhibidores de la bomba de protones (IBP) y del 67% de benzodiazepinas.

#### CEI

CEIm/CEI Hospital General Universitario José María Morales Mesguer. Código EST: 42/22.

## Análisis con perspectiva de género de los tiempos de atención en pacientes con ictus (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1048

Mercedes Cantalapiedra Barbosa<sup>a</sup>, Isabel Blanco Yuste<sup>a</sup>, Rodrigo Enríquez de la Salamanca Gambará<sup>a</sup>, Enrique Castro Portillo<sup>a</sup>, Sonia Herrero Velázquez<sup>b</sup> y Álvaro Rojo López<sup>b</sup>

<sup>a</sup> CS Delicias II. Valladolid

<sup>b</sup> Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

### OBJETIVOS

Analizar de las diferencias por sexo de los tiempos de atención de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendidos en 2019 en un área básica de salud.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal de las altas hospitalarias, en 2019, de pacientes ingresados por un evento neurológico agudo (ictus). Se analizaron las diferencias por sexo en los siguientes tiempos de atención: tiempo inicio-puerta (TIP): tiempo desde el inicio del ictus hasta que el paciente llega al primer centro de tratamiento del ictus; tiempo puerta-aguja (TPA): tiempo desde la llegada del paciente al centro hasta el inicio del tratamiento trombolítico endovenoso; tiempo puerta-ingle (TPING): tiempo desde que el paciente llega al centro hasta el inicio del tratamiento endovascular.

### RESULTADOS

Se analizaron 284 pacientes con ictus, siendo el 47,8% hombres y el 52,2% mujeres. Se activó el código ictus en el 33,45 % de los casos (36,02% de los hombres y 31,08% de las mujeres), siendo estos remitidos al hospital terciario de referencia. El tiempo medio de atención desde el inicio de los síntomas hasta la llegada al centro de tercer nivel (TIP) fue de 7,54 horas en hombres y 9,94 horas en mujeres. El tiempo de llegada hasta el inicio de la fibrinólisis (TPAG) fue de 51,5 minutos para hombres y 47,33 minutos para mujeres. El tiempo medio de inicio de la trombectomía mecánica (TPING) fue de 65,66 minutos para los hombres, y de 87,12 minutos para las mujeres.

### CONCLUSIONES

Las diferencias entre hombres y mujeres son claramente desfavorables para las mujeres. Se cree que estas diferencias pueden tener una explicación desde una perspectiva de género, quizás debido a los roles de las mujeres o a la minimización de sus síntomas en ocasiones, lo que podría conducir a una peor atención en salud.

### CEI

Comité Ético de Investigación con Medicamentos (CEIm) del Área de Salud Valladolid Oeste. CEIm: PI206-20.

## Análisis de la nutrición y la dieta de personas mayores a nivel comunitario (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1049

Manuel Ferran Mercadé<sup>a</sup>, Maider Mateo Abad<sup>b</sup>, Pablo Sampedro Murguiondo<sup>a</sup>, Miren Bittori Lasa Goñi<sup>c</sup>, Marina Alapont Serrano<sup>a</sup> e Idoia Iparragirre Oiartzabal<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CS Irún Centro. Irún. Gipuzkoa (España)

<sup>b</sup> Biodonostia. Donostia. Gipuzkoa (España)

<sup>c</sup> OSI Bidasoa. Hondarribia. Gipuzkoa (España)

### OBJETIVOS

Describir el estado nutricional y la dieta en personas mayores residentes en la comunidad y analizar los factores asociados al mismo.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal en base a los datos obtenidos sobre el consumo de alimentos de la encuesta de salud de 2019 de mayores de 60 años de un área sanitaria. Se analiza si se cumplen algunas de las recomendaciones de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Se ha hecho un análisis descriptivo de los diferentes indicadores para el total de mayores de 60 años, y también agrupados por grupo de edad.

### RESULTADOS

Se obtuvieron datos de 164 personas mayores de 60 años: 76 (60-69 años), 60 (70-79 años) y 28 (> 80 años), de las cuales 69 (42%) eran hombres y 95 (58%) mujeres. En cuanto al consumo de alimentos afirman consumir a diario: fruta (86%), verduras (27%), pan/cereales (100%) y lácteos (99%). Más de 3 veces a la semana: verdura (65%), carne (18%), pescado (43%), pasta/arroz/patatas (63%), huevos (12%) y legumbres (90%). En cuanto a las recomendaciones de la SENC, cumplen con las recomendaciones: fruta ( $\geq 3$ /día): 62%; verduras ( $\geq 2$ /día): 20%; fruta/verdura ( $\geq 5$ /día): 18%; pescado ( $\geq 3$ semana): 43%; huevo ( $\geq 3$ /semana): 15%. Se constata un nulo consumo o < 1/semana de: carne (45%), zumos (98%), embutidos (70%), dulces (85%), refrescos (100%), comida rápida (97%) y aperitivos salados (96%). En cuanto a grupos de edad, no se encontraron diferencias significativas en consumo de alimentos, exceptuando la carne con un consumo menor para  $\geq 80$  años ( $p = 0,016$ ). En cuanto a oportunidades de comprar fruta/verdura fresca, el 97% estaba de acuerdo o muy de acuerdo en poder comprar fácilmente en el entorno.

## CONCLUSIONES

La dieta declarada por los/las participantes no detecta grandes problemas nutricionales y cumple parcialmente las recomendaciones de la SENC. Se constata un bajo consumo de huevos y muy bajo consumo de alimentos considerados no saludables. No se aprecia dificultad para acceder a alimentos frescos.

### CEI

Comité Ético de Investigación de OSI DonostiaMFM-APM-2019-01.

## Benzocarta en Atención Primaria (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1050

Natalia Justo Iglesias<sup>a</sup>, Lucía Anaité Nieto Castillo<sup>a</sup>, María Folgueiras Artime<sup>a</sup>, Rut Palacio González<sup>a</sup>, Patricia Lougedo Fueyo<sup>a</sup> y Luis Sánchez Álvarez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> CS de Treviás. Valdes. Asturias (España)

<sup>b</sup> Hospital de Jarrio. Coaña. Asturias (España)

## OBJETIVOS

Analizar si mediante una estrategia de comunicación médico-paciente vía carta postal se consigue suspender y reducir el consumo de benzodiazepinas (BZD) en pacientes de una zona básica de salud rural.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuasi experimental antes-después sin grupo control, desarrollado desde junio de 2021 a junio de 2022. El ámbito de estudio es Atención Primaria en una zona básica de salud rural de 3.406 habitantes, conformado por un centro de salud central y seis consultorios periféricos. Se recopilaban, a través de farmacia hospitalaria, listados de pacientes que tuvieran pauta una sola BZD desde hace al menos 3 meses. Se obtuvo una selección de 145 pacientes. Se excluyeron aquellos que habían utilizado BZD por patologías agudas, síndrome depresivo inestable, demencias evolucionadas y cuidados paliativos, y a todos aquellos cuya presentación del fármaco fueran cápsulas/gotas. A los 145 pacientes se les envió una carta de su médica (benzocarta) con información sobre el fármaco y la pauta de deprescripción aconsejada con gráfico explicativo. Se hizo un seguimiento de los/las participantes a través de OMI-AP Rebotika, obteniendo número de pacientes que habían cesado y disminuido el consumo a lo largo del año. Se analizó la diferencia de dosis diaria definida (DDD) de BZD en este período.

## RESULTADOS

Se identificaron 154 pacientes con benzocarta, descartando 9 que no cumplían criterios de inclusión. De los 145 pacientes restantes, 5 fallecieron y 33 suspendieron el tratamiento (22,76%). Un 36,36%

eran hombres, y un 63,64%, mujeres. Sobre los 145 pacientes, se observó al año una reducción de un 28,99% en las DDD totales de los pacientes, pasando de 8.229,1 en 2021 a 5.843,8 en 2022.

## CONCLUSIONES

Benzocarta es una herramienta para deprescripción de BZD en Atención Primaria, ya demostrada en intervenciones previas similares, que empodera al paciente, dotándolo de información veraz y haciéndolo participe de la toma de decisiones sobre su salud.

### CEI

El Comité de la Ética de la Investigación con Medicamentos del Principado de Asturias, CEImPa 2021.306

## Características clínicas de pacientes transportados por servicios médicos de emergencias prehospitalarias en ámbito rural y urbano (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1051

Enrique Castro Portillo<sup>a</sup>, Rodrigo Enríquez de Salamanca Gambará<sup>b</sup>, Mercedes Cantalapiedra Barbosa<sup>a</sup>, Isabel Blanco Yuste<sup>b</sup>, Elena Falcon Moreno<sup>a</sup> y María Álvarez Gil<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CS Delicias II. Valladolid. Valladolid (España)

<sup>b</sup> CS Delicias I. Valladolid (España)

## OBJETIVOS

La gran extensión y baja densidad de población de algunas comunidades autónomas españolas constituyen un reto para los servicios de emergencias prehospitalarios. El objetivo de este estudio es ver si existen diferencias en la mortalidad a dos días y las características de los pacientes trasladados por los servicios de emergencias médicas prehospitalarias (SEMP) desde zonas rurales en comparación con las urbanas en cuatro provincias de una comunidad autónoma de España.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico y controlado. Se incluyeron pacientes adultos transportados en ambulancia por enfermedades agudas de cualquier causa a su hospital de referencia entre octubre de 2019 y enero de 2022. Se analizaron datos demográficos, comorbilidades, signos vitales prehospitalarios y hospitalarios y mortalidad a las 48 horas.

## RESULTADOS

Se incluyeron 1.498 pacientes, de los cuales 42,5% eran mujeres. Mortalidad global a las 48 horas de 6,5%. Mortalidad en pacientes

rurales 8,10% frente a 6% en urbanos ( $p=0,166$ ). Edad mediana en pacientes de zonas rurales 65 años frente a los 70 años en zonas urbanas. Tiempo de transporte de ambulancia en zonas rurales 70 minutos frente a los 55 minutos empleados en zonas urbanas. Nivel de prioridad alto en triaje en urgencias hospitalarias (niveles I y II) 15,4% y 41,2% en zonas rurales frente a 9,6% y 31,9% en zonas urbanas, respectivamente. Porcentaje de ingreso en planta de hospitalización y en unidad de cuidados intensivos de 68,9% y 16,2% en ámbitos rurales frente al 61,3% y el 11,1%, respectivamente, en zonas urbanas.

## CONCLUSIONES

En nuestro estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad a 2 días entre pacientes trasladados desde zonas urbanas y rurales por los servicios de emergencias prehospitalarios. Los pacientes procedentes de zonas rurales tuvieron mayores tiempos de traslado y llegaron a los servicios de urgencias con condiciones de mayor gravedad.

### CEI

Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm) Valladolid OesteRef: 22-PI149.

## Cómo influye la apnea del sueño en la evolución de enfermedades cardiorrespiratorias y metabólicas crónicas (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1052

Alicia Barrero Nadales<sup>a</sup>, Sheila Betancor Cabrera<sup>a</sup>, Rosa Guajardo-Fajardo Caballos<sup>a</sup>, David López Sanabria<sup>a</sup>, Elena Santa Isabel Martínez<sup>a</sup> y Cristina Velarde Mayo<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CS Segovia I. Segovia (España)

## OBJETIVOS

Analizar las comorbilidades cardiorrespiratorias y metabólicas previas al diagnóstico de apnea obstructiva del sueño (AOS) y cómo se modificaron tras su tratamiento con CPAP, para identificar el papel de la AOS como factor de riesgo cardiovascular.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y de cohortes históricas con seguimiento posterior al diagnóstico de AOS. *Población*: todos los pacientes mayores de 18 años de un centro de salud urbano diagnosticados de AOS. *Variables*: poblacionales, enfermedades cardiorrespiratorias, metabólicas, consumo de hipnóticos y hábitos tóxicos (tabaco, alcohol). AOS: cronología y tratamiento. *Estadística*: medidas de tendencia central con intervalos de confianza (IC) del 95%. Para muestras apareadas: t-Student, chi cuadrado. Significativo  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

238 pacientes con AOS. Hombres: 71,8% [IC 95%: 66,0-77,5], edad media: 62,1, desviación estándar (DE): 13,2 (máximo 92 años). El 52,9% (IC 95%: 46,6-59,2) fueron derivados desde Atención Primaria (AP). Años con AOS media: 12,1; DE: 6,3. No toleraron el CPAP: 11,8% (IC 95%: 6,4-17,29). Antes del diagnóstico de AOS: el 76,5% (IC 95%: 71,1-81,9) tenían 1-3 enfermedades crónicas. *Ranking*: hipertensión (53,4%), hiperlipemia (50,8%), obesidad (46,6%), diabetes (19,8%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): 18,9%, cardiopatías: 18,0%, insuficiencia renal: 7,6%, insuficiencia cardíaca: 5,8%. Consumían hipnóticos un 30,2% (IC 95%: 24,4-36,0); fumadores: 23,5% (IC 95%: 18,1-26,9); exfumadores: 25,6 (IC 95%: 19,5-31,6); consumían alcohol: 25,6% (IC 95%: 20,1-31,1). Ninguna de las enfermedades crónicas diagnosticadas antes del AOS (hipertensión, obesidad, diabetes, EPOC, insuficiencia cardíaca-renal) mejoró significativamente tras el tratamiento con CPAP. Un 38,0% (IC 95%: 31,8-41,1) de las enfermedades cardiorrespiratorias y metabólicas se diagnosticaron 2-7 años después del AOS, principalmente la insuficiencia renal (72,2%), la insuficiencia cardíaca (44,0%) y la cardiopatía isquémica (55,6%).

## CONCLUSIONES

Perfil del paciente con AOS: hombre, obeso, de 62 años, con AOS desde hace 12 años, hipertenso, con hiperlipemia. El tratamiento de la AOS no mejoró significativamente la evolución de las enfermedades cardiorrespiratorias y metabólicas crónicas. Más de la tercera parte aparecieron después de su diagnóstico, por lo que la AOS se comportaría como un factor de riesgo independiente. Por tanto, es necesario integrar la AOS en la evaluación del riesgo cardiovascular y modificar los hábitos y estilos de vida relacionados.

### CEI

Aceptación por el comité de ética (CEIC). Código CEI: 22-027.

## Cinco años de ecografía clínica en una consulta de Atención Primaria (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1053

Carlos Rafael Pires Baltazar<sup>a</sup>, Alberto Vicente Prieto<sup>a</sup>, Gemma Villamarín González<sup>a</sup>, Marta Rodríguez Delgado<sup>a</sup>, Dolores Plaza Martín<sup>b</sup> y Marta Holguín Mendo<sup>c</sup>

<sup>a</sup> CS de San Juan. Salamanca (España)

<sup>b</sup> CS de Garrido Norte. Sisino de Castro. Salamanca (España)

<sup>c</sup> CS Alfonso Sánchez Montero. Salamanca (España)

## OBJETIVOS

Valorar el efecto de la implementación del estudio ecográfico abdominal y tiroideo en una consulta de Atención Primaria (AP).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal en el que se han valorado todas las ecografías realizadas a lo largo de 5 años en una consulta de AP. El cupo de la consulta nos da una «n» posible de unos 1.600 pacientes (37,5% mayores de 65 años).

## RESULTADOS

Se han hecho 829 ecografías a 745 pacientes. La patología ecográfica más significativa, de diagnóstico inicial, sin contar hallazgos incidentales como litiasis, angiomas, esteatosis hepática, quistes simples, nódulos tiroideos y controles de procesos ya diagnosticados fue: 4 pacientes con aneurisma de aorta > 5 cm (intervenidos); 1 aneurisma de la arteria pancreático dorsal (observación); 1 paciente con aneurisma aorto-biiliaco (observación por riesgo quirúrgico); 1 paciente con arteritis de la temporal. Como patología tumoral: 4 pacientes con cáncer de páncreas, 6 con cáncer de tiroides, 3 con cáncer de vejiga, 1 caso de dilatación gástrica por metástasis retroperitoneales, 1 ampuloma, 5 con metástasis hepáticas como manifestación inicial de procesos neoplásicos (próstata, urotelioma, páncreas, hipernefoma), 8 tumores renales, 2 angiomiolipomas y 6 malignos. Tres casos de ascitis secundarios a carcinomatosis peritoneal, 2 por recidiva de cáncer de ovario y cáncer de páncreas. Una paciente con glomus carotídeo (en observación), 3 derrames pericárdicos sintomáticos (un taponamiento cardíaco), 6 derrames pleurales sintomáticos (por insuficiencia cardíaca y por traumatismo). Como patología urológica no tumoral: 5 divertículos vesicales, 25 hidronefrosis (2 sintomáticas). Por finalizar, citar 4 tiroiditis agudas sintomáticas.

## CONCLUSIONES

La ecografía en AP es una herramienta imprescindible en el proceso diagnóstico diario de la consulta y fundamental para la formación de los residentes de Medicina de Familia y Comunitaria. Su accesibilidad permite que nuestros pacientes se beneficien de un estudio ecográfico que permita un diagnóstico temprano de procesos en los que un retraso en el mismo pudiera tener graves consecuencias.

## CEI

Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Área de Salud de Salamanca. Código CEIm: PI 2022 12 1179.

## Complejidad asistencial en las consultas de Atención Primaria: ¿hemos cambiado nuestra percepción tras la pandemia? (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1054

Antonio Casanova Uclés<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> Estibaliz López Torrent<sup>b</sup>, Carme Pascual González<sup>c</sup>, Marta Piro Ibáñez<sup>d</sup>, Laia Viñas Terris<sup>e</sup> y Támara Jiménez Pascua<sup>f</sup>

<sup>a</sup> CUAP Mataró. Barcelona (España)

<sup>b</sup> EAP de Llavaneres. Barcelona (España)

<sup>c</sup> EAP de Calella. Barcelona (España)

<sup>d</sup> EAP Morera Pomar. Badalona. Barcelona (España)

<sup>e</sup> EAP de Blanes. Girona (España)

<sup>f</sup> EAP Ronda Prim. Mataró. Barcelona (España)

## OBJETIVOS

Conocer si la complejidad percibida por el médico o la médica de familia (MF) se ha modificado tras la irrupción de la pandemia.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo y multicéntrico con 98 MF de 31 centros de Atención Primaria. Población: 450.000 habitantes. Registro de variables sociodemográficas y durante los años 2017, 2019, 2021 y 2022 en diferentes jornadas de trabajo, cada MF registró para cada una de las visitas la complejidad (definida de manera subjetiva como una dificultad mayor de la habitual para atenderla por el motivo y el tiempo disponible) y su categorización: complejidad clínica, complejidad por pluriconsulta, complejidad por problemas de comunicación, complejidad asociada a problema social o emocional.

## RESULTADOS

El MF participante es una mujer (80%) con una edad media de 48 años y que lleva trabajando en su centro de salud 11 años. Con un total de 46.018 visitas médicas (12.252 en 2017, 22.517 en 2019, 9.770 en 2021 y 1.479 en 2022), la complejidad representó un 43,94% en 2017, un 34,12% en 2019, un 36,1% en 2021 y un 37,38% en 2022. La complejidad clínica en 2017 fue del 28,46% del total de las visitas realizadas, el resto de años ha oscilado entre el 18,05% y el 20,54%. En 2017, los problemas de comunicación y de pluriconsulta representaron respectivamente un 4,04% y un 4,50%, llegando a un 6,17% y un 5,22% en 2022. La complejidad asociada a problemática social ha pasado de un 2,35% en 2019 a un 3,26% en 2022.

## CONCLUSIONES

La tercera parte de las visitas que afrontan las/los MF en su trabajo presenta algún tipo de complejidad, y esto es diariamente un reto y una fuente de estrés para este grupo de profesionales de la sanidad. La tipología de complejidad ha virado ligeramente de los factores estrictamente clínicos, que sigue siendo el tipo más frecuente, a la complejidad comunicativa, la social y la emocional, que van teniendo cada vez más presencia en las consultas.

### CEI

Código: CEIC CSM: 50/16. Código: CEIC IDIAP: P16/186.

## ¿De qué mueren nuestros pacientes? Análisis de la mortalidad en un centro de salud. Resultados del primer año (2022) (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1055

Manuel García Lareo<sup>a</sup>, Miriam Corral Roca<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> Rosario Hernández Ibáñez<sup>a</sup>, Isabel González Casafont<sup>a</sup>, Noemí Bermúdez Chillida<sup>a</sup> y José M.<sup>a</sup> Cots Yago<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CS La Marina. Barcelona (España)

## OBJETIVOS

Según las estadísticas oficiales, las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de mortalidad en España, aunque las neoplasias lo son ya en los hombres. El objetivo es estudiar las causas de mortalidad en un centro de salud (CS).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo, incluyendo los pacientes > 15 años fallecidos en 2022. Se estudiaron variables descriptivas y la causa fundamental de muerte (CFM), definida por consenso de un comité de mortalidad (CM) formado por el personal médico del CS. Las CFM se codificaron (CIE-10) y se agruparon por categorías.

## RESULTADOS

Fallecieron 107 personas, con una edad media de 80,3 años (desviación estándar [DE]: 13,1); el 57% eran hombres. Según el CM, las CFM más frecuentes fueron: desconocida (14%); infección por COVID-19 (11,2%); neoplasia de pulmón y demencias (8,4%); neoplasia de colon/recto (6,6%); infarto de miocardio (3,7%); neoplasia de páncreas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca y neumonía (2,8%). Por causas agrupadas: neoplasias (32,7%); infecciones (16,8%); desconocida (14%); cardiovascular (13,1%) y enfermedades neurodegenerativas (10,3%). En los hombres, las CFM más codificadas fueron: infección por COVID-19 (18%); desconocida (13,1%); neoplasia de pulmón (9,8%); neoplasia de colon/recto (6,6%); demencias e infarto de miocardio (4,9%). Por

causas agrupadas: neoplasias (34,4%); infecciones (21,3%); desconocida (13,1%); cardiovascular (11,5%) y enfermedades neurodegenerativas (6,6%). En mujeres, las CFM más frecuentes fueron: desconocida (15,2%); demencias (13%); neoplasia de colon/recto, neoplasia de pulmón y neumonías (6,5%). Al agrupar las causas: neoplasias (30,4%); desconocida, cardiovascular y enfermedades neurodegenerativas (15,2%) e infecciones (10,9%).

## CONCLUSIONES

Al contrario de lo que dicen las estadísticas oficiales, las neoplasias son la principal causa de mortalidad. Ni siquiera si todas las causas desconocidas fueran cardiovasculares, estas serían la primera causa de mortalidad. Estos resultados hacen dudar de la veracidad de las estadísticas oficiales.

### CEI

SAP Esquerra Barcelona. Pendiente de aprobación por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) Jordi Gol i Gurina.

## Descanso, fatiga y resolución asistencial del médico/médica de familia: ¿están relacionados con el burnout profesional? (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1056

Mercè Jiménez González<sup>a</sup>, Maica Barreiro Montaña<sup>b</sup>, Florencia Crupi<sup>b</sup>, José Martín Cebollada del Misterio<sup>c</sup>, Manuel Fernando Noguera<sup>d</sup> Franco y Eva Nebot Molina<sup>e</sup>

<sup>a</sup> EAP La Riera. Mataró. Barcelona (España)

<sup>b</sup> EAP Rocafonda. Mataró. Barcelona (España)

<sup>c</sup> EAP de Sant de Pol de Mar. Barcelona (España)

<sup>d</sup> EAP de Pineda de Mar. Barcelona (España)

<sup>e</sup> EAP de Teià. Barcelona (España)

## OBJETIVOS

Conocer cómo ha evolucionado el tiempo de descanso en las jornadas asistenciales del médico/médica de familia (MF) y el grado de fatiga, y si padecer burnout afecta la resolución de las visitas médicas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo multicéntrico realizado entre 2019, 2021 y 2022 con MF voluntarios de 31 equipos de Atención Primaria (EAP) que registraron el tiempo de descanso por jornada laboral, la fatiga al final de la misma sobre una escala del 1 al 10 (siendo 10 el máximo cansancio) y la resolución de los motivos de consulta de las visitas realizadas ese día con tres supuestos: resolución, derivación o seguimiento. Las/los MF hicieron el test de Maslach (MBI) antes de

hacer el registro para determinar si padecen o no *burnout*. El criterio para ser considerado *burnout* fue presentar afectación severa en las tres esferas de forma simultánea (agotamiento emocional + despersonalización + baja realización personal).

## RESULTADOS

Se realizaron un total de 1.161 jornadas y 33.766 visitas. De 145 médicos (29 repitieron cada año de estudio), 37 presentaron *burnout*. Estos descansaron un promedio de 17,45 minutos (desviación estándar [DE]: 44,73) en 2019, 12,39 minutos (DE: 8,93) en 2021, y 9,11 minutos (DE: 7,13) en 2022. Los que no tenían *burnout* en 2019 descansaron 11,43 minutos (DE: 10,55); en 2021, 11,81 minutos (DE: 11,48), y en 2022, 9,64 minutos (DE: 9,28). Respecto a la fatiga al final de la jornada, las/los MF con *burnout* presentaron respectivamente puntuaciones promedio de 5,63 (DE: 2,6), 7,01 (DE: 1,86) y 8,00 (DE: 1,91); las/los MF sin *burnout* 5,99 (DE: 2,19), 5,55 (DE: 2,25) y 5,90 (DE: 2,13). Finalmente, las/los MF sin *burnout* consideran que resuelven el 50% de los motivos de consulta, una cifra unos puntos superiores a las/los MF que padecen *burnout*.

## CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que los/las MF con *burnout* realizan más tiempos de descanso durante la jornada laboral y su percepción de la resolución asistencial es menor que la de las/los MF sin *burnout*.

### CEI

Código: CEIC GSM: 50/16. Código: CEIC IDIAP: P16/186.

## Desprescribir para curar: análisis de prevalencia de polifarmacia en tres cupos de Atención Primaria (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1057

Vanisha Lilaram Lachmandas<sup>a</sup>, Yaiza Navarro Marín<sup>a</sup> y M.<sup>a</sup> Trinidad Rufino Delgado<sup>b</sup>

<sup>a</sup> CS Dr. Guigou. Santa Cruz de Tenerife (España)

<sup>b</sup> UBMAFYC Tenerife Zona I. Santa Cruz de Tenerife (España)

## OBJETIVOS

Analizar la prevalencia de pacientes mayores de 65 años con 10 o más fármacos en su receta electrónica en tres cupos de Atención Primaria (AP), determinar el perfil de los pacientes, describir los grupos de fármacos más prevalentes y valorar criterios de desprescripción más frecuentemente detectados.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal y retrospectivo. Se

incluyeron 188 pacientes mayores de 65 años de tres cupos de Atención Primaria de una zona básica de salud que tenían 10 o más fármacos en su receta electrónica en abril de 2022. Se excluyeron pacientes paliativos, oncológicos o institucionalizados. Se recogieron variables demográficas, número de fármacos, grupo farmacológico, y criterios de desprescripción (criterios STOPP). Se accedió a la historia clínica para recoger las variables. Análisis estadístico: se estimaron descriptivos y frecuencias. Programa estadístico SPSS versión 26. Posibles limitaciones: errores de registro, automedicación o beneficiarios de mutuas; validez externa limitada por restringirse a pacientes de tres cupos. El estudio fue aprobado por el comité ético local.

## RESULTADOS

El total de pacientes mayores de 65 años fue 1.159; de ellos tenían prescrito  $\geq 10$  fármacos 188, siendo la prevalencia de polimedización del 16% (intervalo de confianza [IC] 95%: 15,26%-16,74%). Fueron mujeres un 61,7%, la edad media fue 78,10 años (DT: 7,61; rango: 66-97). La media del número de fármacos fue 12,48 (DT: 2,56; rango: 10-24). Los antihipertensivos fueron el grupo farmacológico más prescrito (87,8%), seguido de inhibidores de bomba de protones (85,6%) e hipolipemiantes (75,5%), entre otros. Los criterios STOPP más detectados fueron los relacionados con la desprescripción de benzodiazepinas (44,7%), así como el criterio de desprescribir medicamentos con una duración superior a la indicada (33%).

## CONCLUSIONES

Es elevado el número de mayores polimedificados. La prescripción prolongada de benzodiazepinas y de otros fármacos son aspectos a mejorar, siendo necesario herramientas de ayuda a la desprescripción.

### CEI

Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (provincia de Santa Cruz de Tenerife). CHUNSC\_2022\_78.

## Diferencias en las características clínicas y el seguimiento de los pacientes diagnosticados de COVID-19 en Atención Primaria en 2020 en función de la edad (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1058

Miguel Ángel Nieves Sanchís<sup>a</sup>, M.a José Fernández Pérez<sup>b</sup>, Sergio Calleja Argudo<sup>a</sup>, Ana Martínez González<sup>a</sup>, Fernando Bernad Carbonell<sup>c</sup> y M.<sup>a</sup> Candelaria Ayuso Raya<sup>d</sup>

<sup>a</sup> CS Zona IV. Albacete (España)

<sup>b</sup> CS Casas Ibáñez. Albacete (España)

<sup>c</sup> Servicio Urgencias Hospitalarias. Albacete (España)

<sup>d</sup> Servicio Urgencias Hospitalarias. Cuenca (España)

## OBJETIVOS

Conocer las manifestaciones clínicas y el seguimiento de la COVID-19 en niños/jóvenes y adultos diagnosticados en Atención Primaria en 2020.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Diseño:** serie de casos. **Emplazamiento:** Atención Primaria. **Participantes:** 853 pacientes diagnosticados de COVID-19 en 2020 por criterios clínicos o con apoyo de exploraciones complementarias, y seguidos por sus pediatras/médicos de familia. **Variables:** se obtuvo la siguiente información de la historia clínica: edad, sexo, datos clínicos y número de consultas. **Análisis estadístico, con SPSS 25.0:** estadística descriptiva, comparación de proporciones y medianas. El punto de corte para los grupos de edad se estableció en 18 años. **Limitaciones:** sesgo de información al recopilar datos de historias clínicas. **Aspectos ético-legales:** el proyecto fue aprobado por el comité ético de investigación con medicamentos (CEIm) del área.

## RESULTADOS

Resultados: el rango de edad de los pacientes fue 0-92 años, mediana: 45 y rango intercuartílico (RI): 27-58; 13,1% eran 18 años precisaron ingreso hospitalario con significativa ( $p = 0,05$ ) mayor frecuencia: 14,3% versus 4,1% en menores. Ninguno de estos últimos ingresó en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

## CONCLUSIONES

La gran mayoría de pacientes presentaron un cuadro clínico leve. Las complicaciones que precisaron asistencia hospitalaria fueron más frecuentes en los de más edad.

### CEI

CEIm del Área de Albacete.

## Dónde y por qué fueron diagnosticadas las nuevas infecciones del virus de inmunodeficiencia humana en Atención Primaria de 2019 a 2022 (póster)

**DOI:** 10.55783/rcmf.16E1059

Laia Cayuelas Redondo<sup>a</sup>, José Eduardo Codispoti Rojas<sup>a</sup>, Irene Troyano Luis<sup>a</sup> y Sara Riba Venanci

<sup>a</sup> CAP Casanova. Barcelona (España)

## OBJETIVOS

Conocer dónde y por qué fueron diagnosticados los nuevos casos de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) registrados en tres centros de Atención Primaria (AP).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo en tres centros urbanos de AP. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de novo de VIH desde enero de 2019 hasta noviembre de 2022. Se evaluaron: CD4, características sociodemográficas, condicionantes de riesgo asociados a VIH, condiciones indicadoras (CI), el motivo por el que se pidió la serología VIH, dónde se hizo el diagnóstico, presencia de serologías VIH previas y el número de visitas en el centro de Atención Primaria (CAP) el año previo.

## RESULTADOS

Se registraron 49 diagnósticos de VIH: 11 (22,4%) en 2019, 18 (36,8%) en 2020, 9 (18,4%) en 2021 y 11 (22,4%) en 2022. 44 (89,8%) fueron hombres y 31 (63,2%) homosexuales. La edad media fue de  $41 \pm 13$  años. 24 (48,9%) fueron españoles y 22 (44,9%) latinoamericanos. 23 (46,9%) no tenían ninguna serología VIH realizada en los centros de AP y 18 (36,7%) nunca se había visitado. 15 (30,6%) de los diagnósticos se detectaron en AP, 13 (26,5%) fueron hospitalarios, 10 (20,4%) se diagnosticaron en un centro comunitario y 8 (16,3%) en laboratorios privados. 19 (38,8%) de los diagnósticos fueron por sospecha clínica, 19 (38,8%) por conducta sexual de riesgo, 4 (8,1%) por pareja discordante y 3 (6,1%) a petición del paciente. 21 (42,8%) tuvieron antecedente de enfermedades de transmisión sexual. 27 (55,1%) presentaban  $> 350$  CD4. Los pacientes a los que nunca se les había pedido una serología se diagnosticaron más tardíamente que los que sí se habían hecho este estudio ( $p = 0,02$ ). No hubo diferencias significativas respecto a la precocidad del diagnóstico entre los pacientes diagnosticados en el CAP, respecto a los hospitalarios ( $p = 0,8827$ ). 14 (77,8%) de los diagnósticos por sexo de riesgo fueron precoces.

## CONCLUSIONES

Este estudio refleja la importancia de la AP en el diagnóstico del paciente VIH y la necesidad de seguir insistiendo en la solicitud de VIH para mejorar el porcentaje de diagnósticos precoces.

### CEI

Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Hospital Clínic de Barcelona. HCB/2022/0823.



## E-consulta: ¿cuáles son los principales motivos de consulta? (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1060

Sílvia Ferrer Moret<sup>a</sup>, Cristina Mañas Guallarte<sup>a</sup>, Helena Veledo Álvarez<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> Antònia Pou Giménez<sup>a</sup>, Silvia Jerez Ortiz<sup>a</sup> y M.a Carmen Quintela Salvans<sup>a</sup>

<sup>a</sup> EAP Encants. Barcelona (España)

### OBJETIVOS

Conocer cuál es el perfil de paciente que utiliza la e-consulta, los motivos de consulta más frecuentes y el tiempo requerido por el profesional sanitario para la resolución total de este tipo de consultas médicas virtuales.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo en un centro de salud urbano. Se revisan todas las e-consultas dirigidas a una agenda de enfermería y a una agenda de medicina de Atención Primaria durante diciembre de 2022. Análisis estadístico descriptivo. Trabajo aprobado por la comisión de ética del centro.

### RESULTADOS

Se revisan 175 e-consultas. Edad media: 54,8 años. Mujeres: 58,6%. El 68,3% de los usuarios tienen < 65 años. Los principales motivos de e-consulta fueron: 33,8% por solicitud de recetas; 15,2% relacionadas con la baja laboral; 15,2% por patología aguda de salud; 10,3% aportan resultados de pruebas; 7,6% son consultas sobre patología crónica; 4,1% solicitan cita presencial; 4,1% relacionadas con vacunación. El motivo mayoritario de consulta a medicina y también a enfermería fue la solicitud de recetas. Un 53,1% de las e-consultas fueron resueltas por el profesional sanitario en un tiempo inferior a 5 minutos.

### CONCLUSIONES

La e-consulta es un tipo de visita virtual que las personas usuarias de centros de salud tienen a su disposición para contactar con sus profesionales sanitarios de referencia. Este servicio lo utilizan personas de todas las edades, siendo las mujeres las que lo usan de una forma ligeramente superior. Los motivos de consulta más frecuentes son la solicitud de recetas, problemas de salud agudos y temas relacionados con la baja laboral. Poco más de la mitad de estas consultas son resueltas por el profesional sanitario en un tiempo inferior a 5 minutos. Las agendas de los profesionales sanitarios deben tener asignado un espacio y un tiempo adecuados para la correcta resolución de las e-consultas.

### CEI

Comité de Investigación.

## Efectividad de estrategias de de-implementación para reducir la prescripción farmacológica inapropiada en prevención primaria de la enfermedad cardiovascular: proyecto DE-imFAR (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1061

Álvaro Sánchez Pérez<sup>a</sup>, Arturo García Álvarez<sup>a</sup>, Marta Llarena Fernández<sup>a</sup>, Olatz Larrañaga Méndez<sup>a</sup> y José Ignacio Pijoan Zubizarreta<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Investigación Atención Primaria. Instituto Biocruces Bizkaia. Barakaldo. Bizkaia (España)

<sup>b</sup> Instituto Biocruces Bizkaia. Barakaldo. Bizkaia (España)

### OBJETIVOS

Comparar la efectividad de tres estrategias de de-implementación dirigidas al proceso de toma de decisiones clínicas para reducir la prescripción potencialmente inapropiada (PIP) de estatinas en prevención primaria de la enfermedad cardiovascular (ECV) en pacientes de bajo riesgo.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo experimental con grupo de control emparejado adicional con la participación de 118 médicos/médicas de familia (MF) de Osakidetza con una tasa basal de incidencia anual de PIP de estatinas > 0. Todos los MF están expuestos a una estrategia «no reflexiva» de ayuda a la toma de decisiones clínicas basada en avisos y recordatorios incorporados en la historia clínica. A un grupo de dichos profesionales (n = 59) se le asignó aleatoriamente a recibir además una estrategia de información basada en los principios de difusión del conocimiento, mientras que un segundo grupo (n = 59) recibió adicionalmente una estrategia reflexiva basada en informes de auditoría/feedback. La medida principal de resultado es la tasa de nuevas PIP de estatinas a los 6 meses de la puesta en marcha de las estrategias, en mujeres de 45-74 años u hombres de 40-74 años sin ECV, con colesterol elevado y un riesgo cardiovascular

### RESULTADOS

Tras 6 meses de implantación de las estrategias, con respecto a la tasa de entrada en estudio, se observó una reducción relativa del riesgo (RRR) de recibir una PIP de estatinas de un 31% en el grupo de profesionales expuestos a la estrategia de ayudas y diseminación, mientras que en el grupo de auditoría/feedback se logró una reducción de un 45%.

### CONCLUSIONES

Las estrategias de de-implementación dirigidas a la toma de decisiones clínicas muestran ser factibles y efectivas para reducir la PIP de estatinas en prevención primaria de la ECV en Atención Primaria.

## CEI

El presente estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigación con Medicamentos de Euskadi, con código interno EOM2022018 y recogido en acta 06/2022.

## Eficacia de la observación de la palidez de la conjuntiva palpebral en el diagnóstico de anemia: un estudio transversal (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1062

Daniel Tarrés<sup>a</sup>, Adrià Prat Sala<sup>b</sup>, Alba Quintà Vallès<sup>b</sup>, Oriol Andreu Barberà<sup>c</sup> y Maria Astudillo Segura<sup>d</sup>

<sup>a</sup> CAP de Llagostera. Girona (España)

<sup>b</sup> CAP d'Olot. Girona (España)

<sup>c</sup> CAP Casernes. Barcelona (España)

<sup>d</sup> CS de Sant Antonio de Portmany. Eivissa. Illes Balears (España)

## OBJETIVOS

Determinar la sensibilidad y la especificidad de la presencia de palidez de la conjuntiva del párpado inferior para el diagnóstico de anemia, utilizando como test de referencia la concentración de hemoglobina en muestra sanguínea.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal que usó un muestreo por conveniencia de las personas que fueron a un centro de Atención Primaria (CAP) de Cataluña entre el 4 y el 29 de marzo de 2022 a hacerse una analítica con determinación de hemograma y que cumplieran los criterios de inclusión (mayor de 18 años) y exclusión (aplicación de maquillaje palpebral, irradiación corporal u ocular en las últimas 2 semanas, enfermedades oculares activas, ictericia, inflamación o hiperemia ocular, transfusión de sangre en la última semana e ictericia). A los pacientes que firmaron el consentimiento informado, mientras esperaban para hacer la extracción les observamos la presencia o no de palidez conjuntival, comparando la coloración del borde anterior de la conjuntiva palpebral inferior con el posterior.

## RESULTADOS

Se obtuvieron datos de 420 personas (edad media: 54,8 años, 64% mujeres). La sensibilidad de la palidez conjuntival para el diagnóstico de anemia fue de 41% (intervalo de confianza [IC] 95%: 25,58-56,4), la especificidad fue del 88,7% (IC 95%: 85,5-91,8), tuvo un Cociente de probabilidad positivo de 3,62 y un cociente de probabilidad negativo de 0,66.

## CONCLUSIONES

Ahora sabemos, dado que no había estudios anteriormente sobre este signo en el ámbito de la Atención Primaria en población general, que el signo estudiado tiene una alta especificidad, lo que nos aporta suficiente relevancia para usarlo como parte de la exploración física en pacientes que presentan signos sugestivos de anemia.

## CEI

Comité Ético de Investigación Clínica del Institut d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol. Código: 20/060-P.

## Elección de Medicina Familiar en el MIR de 2022 (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1063

Rodrigo Ballesteros Vecina<sup>a</sup>, Miguel Ángel Nieves Sanchís<sup>a</sup>, Sergio Calleja Argudo<sup>a</sup>, Ana Martínez González<sup>a</sup>, Candelaria Ayuso Raya<sup>b</sup> y Francisco Escobar Rabadán<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CS Zona IV. Albacete (España)

<sup>b</sup> Hospital de Cuenca (España)

## OBJETIVOS

Conocer la prioridad concedida a la elección de Medicina Familiar (MF) en el MIR de 2022, y qué factores podrían estar asociados con esta elección.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: análisis de datos secundarios. *Ámbito de realización*: académico. *Sujetos*: de la web del Ministerio de Sanidad se obtuvo información relativa a 11.836 opositores presentados, así como de quienes obtuvieron plaza. *Variables*: sexo, nacionalidad, número obtenido en la oposición, puntuación total, especialidad y provincias elegidas. Análisis estadístico, con SPSS 25.0: estadística descriptiva, comparación de proporciones y de medianas. Se calculó la probabilidad de elección de MF relacionada con el número de orden en la oposición, global y en función de otras variables (Kaplan-Meier). Se completó el análisis con regresión logística. *Limitaciones*: condicionamiento por la información que ofrece el Ministerio de Sanidad. *Aspectos ético-legales*: el estudio forma parte de un proyecto aprobado por el comité ético de investigación con medicamentos (CEIm) del área.

## RESULTADOS

Los países de origen de los opositores eran 75; 76% eran españoles. Fueron eliminados 1.895. De los 9.941 restantes, eligieron plaza 7.970. De estos, un 67,1% eran mujeres y un 88,2% eran españoles. MF fue elegida por 2.136. La mediana del número en la oposición para elegir MF fue 7.318,5, con rango intercuartílico (RI): 6.057,25-8.555,75, significativamente superior.

## CONCLUSIONES

Los opositores MIR no muestran en general preferencia por la MF. Existe un mayor interés por la misma entre las mujeres.

### CEI

CEIm del Área de Albacete.

## Enfermedad renal crónica en Atención Primaria: ¿qué hacemos con la albuminuria? (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1064

José Romano Sánchez<sup>a</sup>, David Vizcaya<sup>b</sup>, Oriol Cunillera Puertola<sup>c</sup>, Silvia Cobo Guerrero<sup>c</sup>, Ariadna Arbiol Roca<sup>d</sup> y Betlem Salvador González<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Direcció Atenció Primària Metropolitana Sud. Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)

<sup>b</sup> Bayer Pharmaceuticals. Sant Joan Despí. Barcelona (España)

<sup>c</sup> IDIAP Jordi Gol. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)

<sup>d</sup> Laboratori Clínic Metropolitana Sud. Institut Català de la Salut. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)

## OBJETIVOS

Describir la solicitud de albuminuria, el uso de fármacos inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) y de antagonistas receptores de angiotensina-II (ARA II), según hipertensión arterial (HTA) y/o diabetes mellitus 2 (DM2) previa y albuminuria en enfermedad renal crónica (ERC) en Atención Primaria.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio de cohortes retrospectivo según registros electrónicos salud. Ámbito: individuos  $\geq 18$  años atendidos en centros de salud incluidos en una base de datos de investigación de una comunidad autónoma. Criterios de selección: ERC de nuevo diagnóstico (codificado o dos determinaciones de filtrado glomerular estimado  $< 60$  mL/min o albuminuria alterada (QAC  $\geq 30$  mg/g o albumina  $\geq 20$  mg/g) entre 2007-2017. Variables: sociodemográficas, grupo ERC (sin HTA/DM2 [ninguna], HTA [sin DM2], DM2 [sin HTA], HTA + DM2 [ambos]), categorías albuminuria KDIGO (A1, A2, A3), tratamiento IECA/ARA II. Análisis estadístico: chi cuadrado. Limitaciones: basado en registros electrónicos. Aspectos ético-legales: aprobación comité ético.

## RESULTADOS

467.802 individuos con nuevo diagnóstico de ERC. Mujeres: 53%. Edad media: 75 [66-81] años. Grupo ERC: sin HTA/DM2 12,2%, HTA 51,2%, DM2 3,91%, HTA + DM2 32,7%. Determinación albuminuria: 62,7% global (sin HTA/DM2 32,6%, HTA 55,1%, DM2 78,6%, HTA + DM2 83,8%;  $p < 0,001$ ), con resultado: A1 54,6%, A2 40,3%, A3 5,19%.

Tratamiento: IECA/ARA II 70% global (sin HTA/DM2 20,2%, HTA 75,6%, DM2 35,5%, HTA + DM2 83,8%), según KDIGO (A1 69,6%, A2 70,2%, A3 73,1%) ( $p < 0,001$ ).

## CONCLUSIONES

En 1 de 3 personas con ERC de nuevo diagnóstico en Atención Primaria no consta determinación de albuminuria, que es patológica en la mitad de los casos. El tratamiento con IECA/ARA II no aumenta de forma clínicamente relevante según albuminuria. Cabe implementar medidas que mejoren la valoración y el tratamiento de la albuminuria, importante factor pronóstico en ERC.

### CEI

Comité Ético de Investigación Clínica del IDIAP Jordi Gol (19/082-P).

## Erradicación de Helicobacter pylori en Atención Primaria según la terapia prescrita (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1065

Mireia Lacunza Artola<sup>a</sup>, Miren Zubillaga Idarreta<sup>a</sup>, Lucía Zumeta Tapia<sup>a</sup>, Andrea Echevarrieta Cuevas<sup>a</sup> y Julen Mayo Landa<sup>b</sup>

<sup>a</sup> CS Villabona. Gipuzkoa

<sup>b</sup> CS de Asteasu. Gipuzkoa

## OBJETIVOS

- Estimar la prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* (HP) en pacientes sintomáticos de una unidad de Atención Primaria (AP).
- Describir la frecuencia de erradicación de HP según la terapia erradicadora (TE).

## MATERIAL Y MÉTODOS

- Diseño: estudio observacional descriptivo retrospectivo.
- Población de estudio: criterios de inclusión: pacientes mayores de 14 años pertenecientes a una unidad de AP, con diagnóstico analítico positivo para HP entre 2017 y 2022, con TE prescrita y con prueba de comprobación de erradicación (PCE) al menos 4 semanas tras la conclusión de la TE.

## RESULTADOS

Se identifican 572 pacientes con prueba de detección de HP, de los cuales 195 son positivos: 34,1% (intervalo de confianza [IC] 95%: 30,3-38,1). Hasta la fecha se han revisado 151 historias clínicas, siendo la edad media de 45,8 años (desviación estándar [DE]: 15,9), el 61,6% mujeres y el 19,2% con al menos dos pautas prescritas. La pauta de TE inicial fue OCA20 73,8%, OCA40 2,7%, OCAM 18,8%,

PYLERA + O 0,7%, OBMT 1,3%, OCL 0,7% y OCM 2,0%. Se excluyen el 20% por ausencia de PCE con TE inicial OCA20 72%, OCAM 24% y OCM 3%. Finalmente, se registraron un 4,9% (IC 95%: 2,3-10,4) de resultados positivos tras TE. Está previsto tener hecho el análisis completo de toda la muestra para presentarlo en el congreso.

## CONCLUSIONES

Existe una gran variedad en las TE pautadas, siendo la más frecuente la OCA20. Los resultados intermedios del estudio sugieren que hay una baja adherencia al tratamiento, observando que una quinta parte de los pacientes que dan positivo no hace la TE prescrita o la PCE, o ambas. Finalmente, la erradicación de la infección por la primera TE es menor de lo esperado tras el primer ciclo.

### CEI

Aprobado por el Comité Ético de Investigación del Área Sanitaria de Guipúzcoa (CP: LAC-TRI-2022-01).

## Estudio de usabilidad de una herramienta tecnológica dirigida al autocuidado en pacientes con multimorbilidad (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1066

Rodrigo Medina García<sup>a</sup>, Cristina Lozano Hernández<sup>b</sup>, Susana Marugán Rubio<sup>c</sup>, Juan A. López Rodríguez<sup>a</sup> e Isabel del Cura González<sup>b</sup>

<sup>a</sup> CS General Ricardos. Madrid (España)

<sup>b</sup> Unidad de Investigación. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Madrid (España)

<sup>c</sup> Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria de Atención Primaria (FIIBAP). Madrid (España)

## OBJETIVOS

Analizar la efectividad, eficiencia y satisfacción en usabilidad de una herramienta tecnológica dedicada a la salud y los autocuidados en pacientes con multimorbilidad en Atención Primaria.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional transversal de usabilidad enmarcado en el ensayo clínico en Atención Primaria de Madrid del proyecto TeNDER (NCT05681065). Se incluyeron pacientes mayores de 60 años con una o más enfermedades crónicas. La variable principal de estudio fue la efectividad en usabilidad que se determinó como el grado de finalización y el número total de errores por tarea. Se evaluaron cinco tareas basadas en escenarios de casos reales. Se recogieron variables sociodemográficas y de afinidad y satisfacción por la tecnología. Se hizo un análisis descriptivo y se estimaron mediante un modelo de regresión logística los factores asociados a finalizar las tareas.

## RESULTADOS

El 12% (30/250) de los pacientes incluidos aceptó participar en el estudio de usabilidad. La efectividad en usabilidad fue del 89,3% (134/150 tareas finalizadas). El 66,7% de los pacientes (20/30) finalizaron el total de las tareas, y el 56,7% (17/30) precisó ayuda personalizada en al menos una de las tareas. En el análisis multivariado, el nivel de estudios actuó como factor facilitador (*odds ratio* [OR] 1,79 [0,47-6,83]) para finalizar la tarea de forma independiente. La mediana de tiempo en realizar el total de las tareas fue de 296 segundos (RIQ 210-397) y la mediana de satisfacción fue de 55 (RIQ 45-62.5) sobre 100.

## CONCLUSIONES

La efectividad en usabilidad por tareas ha sido elevada. Los resultados aceptables de satisfacción en usabilidad y la dispersión de los resultados de eficiencia en usabilidad sugieren que existan otros factores que puedan estar interfiriendo. No se ha descrito asociación entre la multimorbilidad y los resultados de usabilidad de una herramienta tecnológica.

### CEI

Hospital Universitario 12 de Octubre 20/450. CCI Atención Primaria de la CAM 39/20.

## Evaluación de la adecuación terapéutica del denosumab en osteoporosis. ¿Podemos mejorar la prescripción? (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1067

Carlos Jaime Lozano García<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> del Mar Rodríguez Solís<sup>a</sup>, Vicente Gil Iglesias<sup>a</sup>, Esther Garrido García<sup>a</sup>, Nickaury Payano Rosario<sup>a</sup> y Juan Alfonso Franco Arévalo<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CS Urbano I. Mérida. Badajoz (España)

## OBJETIVOS

*Intervenciones:* identificar pacientes con diagnóstico y/o tratamiento de osteoporosis. Revisar medicación activa e históricos de tratamiento e historia clínica. *Criterios de valoración:* recomendaciones de la guía SIGN número 142 (2021), modificada por el Documento de Recomendaciones para el Uso Racional del Medicamento en Osteoporosis (Servicio Andaluz de Salud-2022). *Indicación denosumab:* según recomendaciones elegidas. *Inadecuación:* pacientes que no han tenido un tratamiento previo de primera elección.

## MATERIAL Y MÉTODOS

*Diseño:* estudio descriptivo, transversal y retrospectivo (período de estudio: del 1 de febrero de 2022 al 31 de enero de 2023). *Ámbito:* centro de salud urbano. *Población:* todos los pacientes con trata-

miento activo de denosumab en el módulo de prescripción electrónica. *Sujetos incluidos:* 98 pacientes. Fuente de información: base de datos de farmacia, historia clínica. Análisis de datos: Excel 2021 (vs 18,0). *Variables:* demográficas: edad, sexo.

*Diagnóstico densitométrico:* osteoporosis (OP); OP establecida; osteopenia; problema de salud OP. *Tratamiento farmacológico:* fármacos para la osteoporosis; calcio oral; origen de la prescripción de denosumab. *Limitaciones:* pacientes con denosumab sin reactivar tratamiento crónico en el módulo de prescripción.

## RESULTADOS

Muestra con 98 pacientes (92% mujeres, 8% hombres); pacientes con OP: 175; mediana de edad: 71,4 años. Diagnóstico densitométrico OP. OP establecida: 37%; OP: 44%; osteopenia: 19%. En hombres, un 75% tiene una OP establecida; en mujeres, un 40%. Pacientes en tratamiento con denosumab: indicación correcta: 57%; inadecuación terapéutica: 43%. Duración media del tratamiento:  $3,8 \pm 2,6$  años (mínima: 11 meses; máxima: 9,5 años). Tratamiento concomitante con calcio: 61% de pacientes.

## CONCLUSIONES

- El denosumab se posiciona como primera línea de tratamiento, sin haberse agotado otras posibilidades de elección.
- Hay un elevado porcentaje de inadecuación terapéutica para el denosumab, fármaco de riesgo.
- Es importante el seguimiento del calcio sérico para valorar su prescripción oral.
- Deben realizarse intervenciones de mejora desde la gerencia, a todos los niveles, para evaluar los tratamientos y obtener prescripciones eficientes y seguras.

### CEI

En trámite.

## Evaluación de la satisfacción de usuarios y médicos con respecto a la atención domiciliaria en el ámbito de la Atención Primaria (póster)

**DOI:** 10.55783/rcmf.16E1068

José Ángel Suárez Caballero<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> Teresa Pérez Paramio<sup>b</sup>, Carmen Naira Padrón González<sup>c</sup>, Sara Medina Delgado<sup>d</sup> y Adrián Suárez Santana<sup>e</sup>

<sup>a</sup> CS Maspalomas. San Bartolomé de Tirajana. Las Palmas (España)

<sup>b</sup> CS Escaleritas. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas (España)

<sup>c</sup> CS San Gregorio. Telde. Las Palmas (España)

<sup>d</sup> CS de Doctoral. Santa Lucía de Tirajana. Las Palmas (España)

<sup>e</sup> CS Vecindario. Santa Lucía de Tirajana. Las Palmas (España)

## OBJETIVOS

Valorar las características organizativas de la atención domiciliaria (AD) en Atención Primaria (AP), así como el grado de satisfacción de personas usuarias y/o cuidadoras y médicas y médicos de familia (MF) que intervienen en ella. Además, se pretende conocer las dificultades que encuentran ambos grupos de estudio para realizar o recibir la AD, así como propuestas de mejora de dicho servicio.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal a través del análisis de encuestas de satisfacción a personas usuarias de AD y a MF que la desempeñan. En las mismas se recaba información acerca del grado de satisfacción, funcionamiento habitual y condiciones para el desempeño de la AD. En un segundo tiempo, se crearon cuatro grupos focales donde se invitó a participar a MF que desempeñan su actividad laboral en los centros adscritos a la muestra de usuarios. Posteriormente, se hizo un análisis cuantitativo, con el objetivo de conocer mejor la realidad de este ámbito de la Medicina Familiar. Asimismo, se hizo un análisis cualitativo de los grupos focales y de las preguntas abiertas de las encuestas de usuarios y de MF.

## RESULTADOS

Los usuarios de AD están muy satisfechos con la atención prestada por su MF, pero ven dificultades en la accesibilidad y la frecuencia de visitas. Los/las MF se ven limitados para dar una atención de calidad por falta de tiempo, recursos y la sobrecarga asistencial. Tanto MF como personas usuarias coinciden en las soluciones necesarias para mejorar la calidad de la AD: mayor frecuencia y tiempo para las visitas, más recursos y más coordinación con enfermería.

## CONCLUSIONES

El desarrollo de la AD en el ámbito de la Atención Primaria requiere de una mejora de las condiciones de trabajo y un replanteamiento del modelo de gestión de esta, a tenor de los resultados obtenidos tanto de las encuestas realizadas a usuarios como a MF que prestan dicho servicio.

### CEI

Aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín: CEIm HUGCDN: 2021-279-1.

## Evolución de las actividades de seguimiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 durante la pandemia por la COVID-19 en Atención Primaria (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1069

Sara Farrais Villalba<sup>a</sup>, Esperanza M.<sup>a</sup> Pérez Luis<sup>a</sup>, Marcel Hernández Lorenzo<sup>a</sup>, Elena Cerdeña Rodríguez<sup>a</sup>, Silvia Patricia Torres Correa<sup>a</sup> y Carlos Eduardo Alfonzo Ramírez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CS Laguna San Benito. San Cristóbal de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife (España)

### OBJETIVOS

Conocer la evolución de las actividades de seguimiento de pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) durante la pandemia por la COVID-19 en Atención Primaria.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal con puntos de corte en 2019, 2020 y 2021. Revisión de historias clínicas de 512 pacientes con DM2 seleccionados aleatoriamente, recogiendo sexo, edad y registro de las actividades indicadas en el Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular Aterosclerótica (p-EVA) actualmente vigente en nuestra comunidad autónoma: índice de masa corporal (IMC), tabaquismo, analítica con hemoglobina glicosilada (A1c), perfil lipídico, tensión arterial (TA), electrocardiograma (ECG), retinografía y exploración del pie diabético (EPD). Comparaciones realizadas mediante la prueba chi cuadrado a un nivel de significación estadística  $p < 0,005$ .

### RESULTADOS

Muestra: 512 pacientes: 234 (45,7%) mujeres, 305 (59,6%) > 65 años. Registro de variable expresado como: n (%) en 2019, 2020 y 2021. IMC: 256 (50,0%), 185 (36,18%), 206 (40,2%);  $p < 0,001$ . Tabaquismo: 279 (54,5%), 208 (40,6%), 252 (49,2%);  $p < 0,001$ . Analítica con A1c: 440 (85,9%), 352 (68,8%), 399 (77,9%);  $p < 0,001$ . Analítica con perfil lipídico: 457 (89,3%), 374 (73,0%), 431 (84,2%);  $p < 0,001$ . TA: 400 (78,1%), 300 (58,6%), 351 (68,6%);  $p < 0,001$ . ECG: 201 (39,3%), 134 (26,2%), 174 (34,0%);  $p < 0,001$ . Retinografía: 250 (48,8%), 45 (8,8%), 142 (27,7%);  $p < 0,001$ . EPD: 89 (17,4%), 30 (5,9%); 109 (21,3%);  $p < 0,001$ .

### CONCLUSIONES

La pandemia por la COVID-19 ha afectado severamente a la realización de actividades de seguimiento de DM2 del p-EVA, con recuperación desigual en 2021, alejada de niveles prepandémicos, salvo en la EPD, que presentaba niveles prepandémicos muy bajos. Las actividades más afectadas se relacionan con las específicas de enfermedad, probablemente porque han realizado prioritariamente tareas frente a la pandemia de la COVID-19.

### CEI

Comité de Ética DE LA Investigación con Medicamentos del CHUC (Provincia de Santa Cruz de Tenerife): CEIm del CHUC CHUNSC\_2022\_53.

## Evolución del control en Atención Primaria de los pacientes con diabetes tipo 2 durante la pandemia por la COVID-19 (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1070

Melania Esther Alonso Curbelo<sup>a</sup>, Juan Luis Delgado Estévez<sup>a</sup>, Victoria Ramos de la Rosa<sup>a</sup>, Deury Upia de la Cruz<sup>a</sup>, Gonzalo Llera García<sup>a</sup> y Dulenny López Rodríguez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CS Ofra Delicias. Santa Cruz de Tenerife (España)

### OBJETIVOS

Conocer la evolución del logro de los objetivos de control de los pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) de un centro de salud durante la pandemia por la COVID-19. Estratificación por sexo y edad.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal con puntos de corte en los años 2019, 2020 y 2021. Revisión de las historias clínicas de 525 pacientes con DM2, seleccionados, de un centro de salud docente, recogiendo: sexo, edad y el cumplimiento de objetivos de hemoglobina glicosilada (A1c) según criterios de redGDPS 2018. Comparaciones realizadas para toda la muestral, por sexo y grupos de edad mediante la prueba de chi cuadrado a un nivel de significación  $p$ .

### RESULTADOS

Muestra: 261 (49,7%) mujeres; 343 (65,3%) mayores de 65 años. A1c en objetivo: expresado como: n (%) en 2019, 2020, 2021. A1c general: 298 (56,8%), 245 (46,7%), 260 (49,5%);  $p = 0,007$ . A1c mujeres: 149 (57,1%), 130 (49,8%), 132 (50,6%);  $p = 0,286$ . A1c hombres: 149 (56,4%), 115 (43,6%), 128 (48,5%);  $p = 0,012$ . A1c  $\leq 65$  años: 84 (46,2%), 63 (34,6%), 67 (35,8%);  $p = 0,040$ . A1c > 65 años: 214 (62,4%), 182 (53,1%), 193 (56,3%);  $p = 0,043$ .

### CONCLUSIONES

Tras un marcado descenso en la consecución de A1c en objetivo en 2020, la falta de recuperación en 2021 de los discretos niveles prepandémicos nos debe llevar a intensificar los esfuerzos en este sentido. Los hombres, sobre todo los más jóvenes, al presentar peores niveles de control prepandémicos y con menor recuperación de los mismos, se perfilan como grupos diana para priorizar nuestras intervenciones.

**CEI**

CEIm del CHUC CHUNSC\_2022\_53.

**Evolución de las visitas presenciales y telefónicas al médico de familia de los pacientes con diabetes tipo 2 de Atención Primaria durante la pandemia por la COVID-19 (póster)**

**DOI:** 10.55783/rcmf.16E1071

Tomás Zerolo del Torre<sup>a</sup>, Juan Luis Delgado Estévez<sup>a</sup>, Melania Esther Alonso Curbelo<sup>a</sup>, Victoria Ramos de la Rosa<sup>a</sup>, Belén Quintero Hernández<sup>a</sup> y Lucía Expósito Legarza<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CS Ofra Delicias. Santa Cruz de Tenerife (España)

**OBJETIVOS**

Conocer le evolución de las visitas al médico/médica de familia (MF), tanto presenciales (VPMF), como telefónicas (VTMF) de pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) de un centro de salud docente durante la pandemia por la COVID-19.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo transversal con puntos de corte en 2019, 2020 y 2021. Revisión de historias clínicas de 525 pacientes con DM2, recogiendo sexo, edad, VPMF y VTMF. Comparaciones de K muestras relacionadas mediante la prueba de Friedman para variables identificadas como no paramétricas mediante el test de Kolmogorov-Smirnov, a un nivel de significación estadística p.

**RESULTADOS**

261 (49,7%) mujeres; 343 (65,3%) mayores de 65 años. Frecuentación expresada como (P25-P50-P75) en 2019, 2020 y 2021; p-valor. VPMF=(4-7-11), (2,5-5-8), (2-5-8); p.

**CONCLUSIONES**

Se observa una reducción consolidada en las VPMF durante los años pandémicos 2020 y 2021, que se puede atribuir tanto a la reorganización de la atención a pacientes crónicos como a su temor al contagio si acuden al centro de salud. Esta reducción de las VPMF se ve compensada por el incremento sostenido en las VTMF. Los hombres utilizan en menor medida tanto las VPMF como las VTMF durante todo el período estudiado, por lo que se debe valorar si constituyen un grupo diana para intensificar las intervenciones para pacientes con DM2.

**CEI**

CEIm del CHUC CHUNSC\_2022\_53.

**Evolución del insomnio y la ansiedad, y los fármacos prescritos para su tratamiento desde 2017 a 2022 (póster)**

**DOI:** 10.55783/rcmf.16E1072

Jessica Arian Pinto Asenjo<sup>a</sup>, Antonieta Also Fontanet<sup>a</sup> y Natalia Echiburu Salinas<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CAP Casanovas. Barcelona (España)

**OBJETIVOS**

Conocer la evolución del diagnóstico de insomnio y ansiedad, así como la prescripción de benzodiazepinas y de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en centro de salud urbano en los últimos 5 años.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo que analiza el número de diagnósticos brutos anuales de insomnio y ansiedad de nuestra población, y el número de consumo anual de benzodiazepinas e ISRS entre 2017 y 2022. *Ámbito:* centro de salud urbano. *Criterios de selección:* pacientes con diagnóstico de insomnio, trastornos de ansiedad, prescripción de benzodiazepinas (lorazepam, alprazolam, clorazepato de dipotasio, diazepam, zolpidem, lormetazepam) y de ISRS (citalopram, fluoxetina, paroxetina, escitalopram, sertralina). Analizamos la incidencia anual de insomnio y ansiedad.

**RESULTADOS**

Respecto al insomnio, en 2017, de un total de 28.839 pacientes, se reportaron 144 diagnósticos con una incidencia del 0,0049, mientras que en 2022, de un total de 29.644 pacientes, se reportaron 200 casos, con una incidencia del 0,0067. Sobre la ansiedad, en 2017, de un total de 26.910 pacientes, se reportan 320 casos, con una incidencia del 0,0118, y en 2022, de un total de 26.376, se reportan 567 diagnósticos, con una incidencia del 0,0215. En 2017 hay 1.076 prescripciones de benzodiazepinas, y en 2022, 1.175. Respecto a ISRS, hubo 418 prescripciones en 2017, y 663 en 2022. Aspectos éticos: resultados con datos poblacionales agregados, anónimos y con bajo riesgo de trazabilidad.

**CONCLUSIONES**

Podemos concluir que hay un aumento en la incidencia en los dos trastornos en los últimos 5 años, sobre todo de ansiedad. También existe una tendencia al alza de los fármacos, con preocupación por su probable cronificación y sobreuso. Las benzodiazepinas duplican

a los ISRS, significando que la mayoría de trastornos de ansiedad están tratados con benzodiazepinas.

#### CEI

El estudio ha sido evaluado por el Comité de Investigación de CAPS-BE (Consorci d'Atenció Primària Barcelona Esquerre).

## Impacto de una intervención de salud móvil para «sentarse menos y moverse más» sobre el control glucémico, la HbA1c y los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus 2 a la Atención Primaria (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1073

Francesc Alòs Colombar<sup>a</sup>, María Costa Mur<sup>a</sup>, Yoseba Canovas Zaldúa<sup>a</sup>, Andrea Martínez Martínez<sup>b</sup>, Ángela Amorós Molina<sup>a</sup> y Anna María Puig Ribera<sup>c</sup>

<sup>a</sup> CAP Passeig de Sant Joan. Barcelona (España)

<sup>b</sup> CAP Verdguer. Sant Joan Despí. Barcelona (España)

<sup>c</sup> Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya. Vic. Barcelona (España)

### OBJETIVOS

Este estudio evaluó la eficacia de un programa de salud móvil para «sentarse menos y moverse más», prescrito desde la práctica clínica, sobre las variables clínicas y los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en personas con diabetes mellitus 2 (DM2).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo clínico aleatorizado que compara la intervención habitual (n = 50) con el uso del programa de salud móvil centrado en reducir el sedentarismo. El grupo de intervención (n = 49), además de la atención estándar, recibió un programa de salud móvil (W@W-App) durante 13 semanas. Fueron reclutados en cinco centros de salud. Las variables principales incluyen el control glucémico, HbA1c, colesterol total, colesterol de lipoproteínas de baja densidad (cLDL), colesterol de lipoproteínas de alta densidad (cHDL), triglicéridos, presión arterial sistólica/diastólica (PAS/PAD), índice de masa corporal (IMC) y el comportamiento sedentario (medido objetivo ActiVpal y subjetivo Workforce Sitting Questionnaire). Todos estos factores se midieron antes, después, a los 6 meses y a los 12 meses de seguimiento. Se compararon los resultados entre ambos grupos mediante un test t para variables continuas y un test chi cuadrado para las variables cualitativas.

### RESULTADOS

En comparación con el grupo control, los participantes del grupo intervención tuvieron tasas de reducción significativas y clínica-

mente relevantes de hemoglobina glucosilada (HbA1c;  $\leq -0,5\%$ ), glucemia ( $p < 0,01$ ), en los niveles de triglicéridos ( $p < 0,01$ ), PAS y PAD ( $p < 0,01$ ) a los 12 meses de seguimiento. También hubo reducciones en el tiempo sentado en el trabajo a los 6 meses.

### CONCLUSIONES

Un programa mHealth fue efectivo en el control de las variables clínicas y los FRCV en adultos con DM2. Este tipo de programas se pueden utilizar como un método complementario asequible para abordar factores de riesgo poco abordados en la práctica clínica y prevenir enfermedades cardiovasculares en adultos con DM2.

#### CEI

Comité Ético de Investigación Clínica del Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria (IDIAP Jordi Gol) con código P18/102.

## Impacto del consumo de psicofármacos en contexto pre y pospandemia (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1074

Marc Miret Wennberg<sup>a</sup>, Víctor García Peña<sup>a</sup>, Jordi Arrufat Espinosa<sup>a</sup>, Alan Perna Schwab<sup>a</sup>, Javier Segura Granados<sup>a</sup> y Patricia Montenegro Lafont<sup>a</sup>

<sup>a</sup> EAP Sarrià. Barcelona (España)

### OBJETIVOS

El objetivo es determinar el impacto sobre la salud emocional de la pandemia en la población comprendida entre los 18 y los 30 años de edad, que vive en medio urbano y semirural. El estudio compara los diagnósticos psiquiátricos (depresión, ansiedad y trastornos adaptativos) y el uso de psicofármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)/benzodiazepinas (BDZ) en el grupo de población descrito en el año 2019 prepandemia y en el año 2022 pospandemia.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo analizando el posible impacto de la pandemia en la incidencia y prevalencia de los trastornos descritos en dos ambulatorios, uno en medio urbano y otro en medio semirural. Comparar el consumo de psicofármacos en estos dos períodos. Ver diferencias en los dos entornos. Análisis estadístico y conclusiones.

### RESULTADOS

La prevalencia del conjunto de trastornos depresivos, ansiedad y adaptativos en 2019 fue del 5,2%. La prevalencia del conjunto de los



tres trastornos en 2022 fue del 10,97%, suponiendo un aumento de diagnóstico del 52%. La incidencia pasó de 2019 a 2022 de 0,76 a 1,4%, suponiendo esto un aumento de 45,7%. Del total de nuevos diagnósticos de 2019, el 92,3% se diagnostican en entorno urbano y el 8,7% en entorno semirural. En 2022, los nuevos diagnósticos supusieron el 90,7% en entorno urbano y el 9,3% en entorno semirural. El trastorno más prevalente ha sido la ansiedad en los dos períodos; 64,57% en 2019 y 64,7% en 2022. La depresión ha supuesto un 18,8% en 2019 y un 16,1% en 2022; los trastornos adaptativos, un 16,5% en 2019 y un 19% en 2022. La incidencia acumulada del uso de BDZ aumentó un 30,8%; los antidepresivos se mantuvieron estables en los dos períodos. El 90,62% de la prescripción de BDZ y el 94,2% de la prescripción de antidepresivos se hacen en entorno urbano.

## CONCLUSIONES

La pandemia ha afectado negativamente sobre la salud mental de los pacientes jóvenes y ha aumentado el consumo de psicofármacos, sobre todo en trastornos de ansiedad.

## Incapacidad laboral en embarazadas de una zona básica de salud (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1075

Iván Syroyid Syroyid<sup>a</sup>, Marta Córcos García<sup>a</sup>, Laura Martínez Hernández<sup>a</sup>, Patricia Gallego Redondo<sup>a</sup> y Juan Téllez Lapeira<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CS Zona VB. Albacete (España)

## OBJETIVOS

Determinar la frecuencia y las características de la incapacidad laboral (IT) en gestantes de una zona básica de salud. Analizar potenciales factores asociados a la IT.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal de todas las embarazadas (123) con registro en el centro de salud durante 2018. Revisión de historias. *Variables principales:* frecuencia de gestantes con al menos una situación de IT durante su embarazo. *Características:* número y tipo de incapacidad, motivo (según clasificación CIE-9), momento de inicio, duración y motivo de alta. Relación de situación de IT con potenciales variables condicionantes. Análisis bivariante.

## RESULTADOS

Mujeres incluidas: 120 (2,4% sin datos). Edad media: 31,9 años (desviación estándar [DE]: 6,0). La frecuencia de IT es del 40,8% (49/120) del total de gestantes (intervalo de confianza [IC] 95%: 32,4-49,7).

Considerando solo población activa (susceptible de IT), la frecuencia sería del 92,5% (49/53) (IC 95%: 82,1-97,0). Sin embargo, no consta situación laboral en 42,6% de casos. El 10,2% presentaron dos IT. El 93,9% fue por enfermedad común, correspondiendo en el 63,2% al embarazo o complicaciones del mismo. Ningún registro de prestación de riesgo por embarazo. Semana media de inicio de la IT 22,5 (DE: 10). Duración media: 107,3 días (DE: 85). Motivo de alta en 65,3% por prestación de maternidad. Antecedentes de IT previas en el 46,9% de casos e IT en embarazos previos en el 22,4%. Variables asociadas con presentar IT durante la gestación (p).

## CONCLUSIONES

Elevada frecuencia de IT en gestantes de nuestro estudio, pese a la variabilidad del resultado determinada por deficiencias de registro de la situación laboral previa. La IT se suele iniciar en el segundo trimestre motivada por la propia gestación o por complicaciones de la misma, y mayoritariamente termina con el permiso de maternidad. Tener mayor edad y sin gestaciones previas, además de antecedentes de IT, son factores que parecen predisponer a IT durante la gestación.

## CEI

Código protocolo CEIC Albacete: 2020/01/08.

## Incidencia y mortalidad por neumonía en mayores de 50 años con enfermedad respiratoria crónica (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1076

Verónica Torras Vives<sup>a</sup>, Eva M.a Satué Gracia<sup>b</sup>, Cinta de Diego Cabanes<sup>c</sup>, M.a José Forcadell Peris<sup>d</sup>, Ángel Vila Córcos<sup>b</sup> y Olga Ochoa Gondar<sup>e</sup>

<sup>a</sup> CAP La Granja-Torreforta. Tarragona (España)

<sup>b</sup> Unitat de Suport i Recerca Reus-Tarragona. Reus. Tarragona (España)

<sup>c</sup> CAP de Salou. Tarragona (España)

<sup>d</sup> CAP d'Amposta. Tarragona (España)

<sup>e</sup> DAP de Tarragona (España)

## OBJETIVOS

Analizar la incidencia y la mortalidad de neumonía por todas las causas en personas con enfermedad respiratoria crónica.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivo, de base poblacional, que incluyó todas las personas mayores de 50 años con diagnóstico de enfermedad respiratoria crónica (códigos CIE-10) registradas en Sistema de Información para el Desarrollo de la Investigación en Atención Primaria (SIDIAP). Fueron seguidas entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2018, hasta la aparición de eventos de estudio:

neumonía (hospitalizada) por cualquier causa (NCC), neumonía neumocócica (NN) y muerte por NCC y por NN. Los eventos se consideraron según códigos CIE-10 de informes de alta hospitalaria asociados a cohorte de estudio. Se calcularon tasas de incidencia (por 100.000 personas/año) con intervalos de confianza (IC) del 95%, e índices de letalidad. Para el análisis estadístico se usó SPSS V26.

## RESULTADOS

Se incluyeron 200.696 personas (47,2% mujeres), con edad media de  $70,7 \pm 11,46$  años. Durante el seguimiento se registraron 7.735 casos de NCC (1.169 [15,1%] fueron neumocócicas [NN]) y 681 muertes por NCC (66 [9,7%] por NN). La incidencia global de NCC fue 2.082,6/100.000 personas/año (IC 95%: 1.955,6-2.215,9) y la de muerte por NCC 183,4/100.000 personas-año (IC 95%: 170,2-197,7). El índice de letalidad fue 8,8%. En el caso de NN, la incidencia fue 314,7/100.000 personas-año (IC 95%: 295,5-334,8) y la de muerte por NN 17,8/100.000 personas-año (IC 95%: 14,0-22,6). En el caso de la NN, el índice de letalidad fue de 5,6%. Como limitación, no se ha realizado análisis en función del estado vacunal.

## CONCLUSIONES

En personas con enfermedad respiratoria, la incidencia de hospitalización y muerte por neumonía es elevada. La mayoría de NCC son no neumocócicas; por tanto, la vacunación solo protegería frente a un porcentaje pequeño de NCC. Además, el índice de letalidad es mayor en neumonías no neumocócicas. Posteriores investigaciones centradas en NCC podrían contribuir a disminuir su incidencia y mortalidad, especialmente en grupos de riesgo.

### CEI

20/065-PCV.

## Influencia del género en el diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1077

Sandra Gómez Cortés<sup>a</sup>, Merlí Mateu Riu<sup>a</sup>, Jordi Daniel Diez<sup>a</sup>, Cristina Brea Griñó<sup>b</sup>, Mariona Capdevila Martínez<sup>a</sup> y Pere Constant Blasco<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CAP de Salou. Tarragona (España)

<sup>b</sup> CAP de Torreforta. Tarragona (España)

## OBJETIVOS

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) presenta un elevado infradiagnóstico. Estudiarla con perspectiva de género es clave, ya que en algunos países las mujeres tienen mayor prevalencia y mortalidad. El objetivo de este estudio es describir si hay diferencias según sexo en el diagnóstico de EPOC.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo en población mayor de 35 años, atendida por nueve médicos de familia (MF) de un centro de Atención Primaria (CAP). Se examina, según género, si presentan diagnóstico de fumador, EPOC y espirometría realizada. Información extraída mediante Dbsform, aplicación de búsqueda de variables del sistema de información de Atención pPimaria de una comunidad autónoma, con posterior análisis estadístico.

## RESULTADOS

Se analizó una población total de 14.951 personas de nuestro CAP y se identificaron 9.492 personas mayores de 40 años (50,03% hombres y 49,96% mujeres). La prevalencia de registro de fumadores en la población era 15,9% en hombres y 14,07% en mujeres, siendo mayores de 35 años el 18,9% de los hombres y el 16,4% de las mujeres (17,6% del total). En cuanto a la prevalencia de registro de EPOC en mayores de 40 años, se halló un 3,2% en hombres y un 1,6% en mujeres, un 2,41% del total de la población analizada.

## CONCLUSIONES

El registro del diagnóstico de EPOC varía en función del sexo, detectando más EPOC en hombres que en mujeres. La prevalencia del registro de EPOC es muy baja en comparación con la prevalencia esperada según el estudio EPISCAN: 11,8%. La prevalencia del registro de fumadores es mayor en hombres que en mujeres. Existe un mayor infradiagnóstico en mujeres, igual que en estudio EPISCAN (70,04% hombres y 80,06% mujeres). No hay diferencias entre sexos en la búsqueda de EPOC por el médico de familia apreciando igual solicitud de espirometrías indicadas.

### CEI

22/116-PCV.

## Influencia del género y la morbilidad cardiovascular en la presencia de hígado graso no alcohólico (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1078

Sara Córcoles García<sup>a</sup>, Eugenia Navarro Plaza<sup>a</sup>, Lucía Jiménez Ochando<sup>a</sup>, Carlos Martínez de la Torre<sup>a</sup>, María del Campo Giménez<sup>b</sup> e Ignacio Párraga Martínez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CS Zona VIII. Albacete

<sup>b</sup> Consultorio Local de Ledaña. Cuenca

## OBJETIVOS

Determinar los factores asociados a la presencia de hígado graso no alcohólico (HGNA) en personas adultas que acuden a consultas de

Atención Primaria y evaluar la influencia del género y las enfermedades cardiovasculares en el riesgo de HGNA.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional analítico de casos y controles realizado en Atención Primaria. Se definió caso como aquella persona adulta con HGNA diagnosticada por criterios ecográficos mediante ecografía abdominal realizada por cualquier motivo y sin otras hepatopatías crónicas. Se compararon 174 casos con HGNA con 174 controles sin hígado graso (n = 348), recogiendo variables sociodemográficas (género, edad, estado civil, nivel de escolarización, clase social, dificultad económica percibida), estado de salud (CIAP-2), consumo de medicamentos, características cardiovasculares (factores de riesgo y enfermedades) y determinaciones analíticas. *Análisis*: se comparó la frecuencia de variables entre grupos (casos y controles), estimando la asociación mediante la *odds ratio* (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%. También se realizó análisis multivariante.

## RESULTADOS

Edad media: 59,7 (desviación estándar [DE]: 13,1) años. Un 62,4% eran mujeres. La proporción de participantes con dislipemia (54,0 versus 43,1%), diabetes (36,2% versus 10,9%), hipertensión (52,3% versus 36,2%), síndrome metabólico (49,1% versus 31,4%) y dislipemia aterogénica (15,9% versus 4,3%) fue significativamente superior en los casos que en controles.

## CONCLUSIONES

Una elevada proporción de personas con HGNA presentan hipertensión, dislipemia, diabetes y síndrome metabólico, siendo más frecuentes que en aquellas sin esta patología. Sin embargo, solo la diabetes se ha identificado como un factor predictor independiente de HGNA, junto al riesgo cardiovascular y el sobrepeso, además del género masculino.

### CEI

Este proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Albacete el 26 de julio de 2022. (Código: 2022-083).

## Influencia del sexo en la efectividad de los programas de atención a la insuficiencia cardíaca: un estudio basado en la población con datos de la vida real en 77.554 pacientes (póster)

**DOI:** 10.55783/rcmf.16E1079

*Laia Alcober Morte<sup>a</sup>, Blanca Tores Cardús<sup>a</sup>, Emili Vela Vallespín<sup>b</sup> y Santiago Avilés Ciguela<sup>c</sup>*

<sup>a</sup> CAP Sant Josep. Hospitalet del Llobregat. Barcelona (España)

<sup>b</sup> Ccatsalut. Barcelona (España)

<sup>c</sup> CAP Centre. L'Hospitalet del Llobregat. Barcelona

## OBJETIVOS

Analizar el efecto del sexo en los resultados de salud y uso de recursos sanitarios antes y después de la implementación pragmática de un programa de atención a la insuficiencia cardíaca (IC) territorial transicional que integra la Atención Primaria y hospitalaria en un área de 209.255 habitantes. Comparar los resultados con el resto de la comunidad autónoma (CA).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de cohortes. Se incluyeron consecutivamente los pacientes ingresados en el hospital con un código CIE-9-MC para IC y datos de alta vivos en una CA de 7.794.749 habitantes durante 2015-2019. Se consideraron tres períodos: preimplementación (2015-2016), transición (2017) y consolidación (2018-2019). Se compararon los resultados estratificados por sexo entre el área de implantación y el resto de la CA.

## RESULTADOS

Se incluyeron 77.554 pacientes: 3.396 del área de implantación, 74.158 del resto de la CA. El 46,3% eran hombres, y el 53,7%, mujeres. En el área donde se implementó el programa se encontró una reducción en la muerte por todas las causas, el reingreso relacionado clínicamente y el reingreso por IC. Tanto en el período de transición como en el de consolidación, y para hombres y mujeres (valores de p).

## CONCLUSIONES

La implementación de un programa de IC basado en un modelo transicional y en el rol de enfermería mejora los resultados en ambos sexos. Los beneficios en la prevención del reingreso parecen ser mayores en hombres y en la mortalidad entre las mujeres. Estas diferencias deben tenerse en cuenta en programas futuros y estudiar sus causas.

### CEI

Comité Ético Independiente del Hospital Universitario de Bellvitge y del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL).

## Investigando en psoriasis, ¿con sesgos de género? (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1080

Ana Dosio Revenga<sup>a</sup>

<sup>a</sup> UDMAFYC de Bizkaia. Bilbao. Bizkaia (España)

### OBJETIVOS

Analizar la información obtenida en metanálisis (MA) y revisiones sistemáticas (RS) sobre psoriasis mediante búsqueda PubMed/MEDLINE dirigida a Atención Primaria con enfoque de género.

### PACIENTES Y MÉTODOS

Se elige metainvestigación para reflexionar sobre los procesos científicos. Marco conceptual en sistema sexo-género valorando las diferencias y las desigualdades de salud. Búsqueda bibliográfica RS y MA en PubMed/MEDLINE 9 de enero de 2023. Descriptores: psoriasis y género (sexism, sex factors, woman, sex bias y gender bias). 83 resultados, 6 no disponibles. Se seleccionan 58 resultados según pertinencia temática. Mapa conceptual con información recogida, diferenciando entre epidemiología, diagnóstico, comorbilidades y tratamiento. Análisis crítico-interpretativo RS y MA, con síntesis posterior. Se interpreta producción científica por grado de sensibilidad de género, valorando temática y sexo como variable y categoría de análisis. se señalan algunos temas considerados propios de la investigación de hombres o mujeres, indagando en estereotipos, sesgos androcéntricos u omisión de mujeres como personas investigadas. Limitaciones: se excluyen las publicaciones en lengua no inglesa o sin acceso abierto desde internet. Se aplican los principios de bioética de Ezekiel Emanuel.

### RESULTADOS

Las mujeres están infrarrepresentadas en los ensayos clínicos, excluidas si ausencia de anticoncepción en edad fértil. Muestras del 100% de hombres sin justificación. La investigación específica de mujeres denota una mirada androcéntrica (disfunción sexual femenina), estereotipos (uso de maquillaje) o centrada en el embarazo. Se obvia la clínica propia o la artritis psoriásica (más frecuente en mujeres y poco definida). Puede existir una desagregación por sexo, pero no se analizan las diferencias mujeres/hombres en los resultados.

### CONCLUSIONES

La psoriasis es una enfermedad frecuente, que tiene una prevalencia similar en mujeres y hombres. Hay un escaso conocimiento de su clínica según el sexo, las comorbilidades y el tratamiento. La artropatía psoriásica está probablemente infradiagnosticada e infratratada en mujeres. Ignorar la morbilidad diferencial al investigar supone error científico que perpetúa las desigualdades y refuerzan

los estereotipos que limitan la validez y el rigor científico con las consecuencias asistenciales negativas que ello conlleva. Se necesita una investigación con enfoque de género y que considere los posibles sesgos en Atención Primaria.

## La planificación anticipada de decisiones facilita el cumplimiento de preferencias al final de la vida, en pacientes complejos, desde el domicilio y con una Medicina Familiar longitudinal (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1081

Miguel Melguizo Jiménez<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> Carmen García Tirado<sup>b</sup>, María García de Haro<sup>a</sup>, Abelardo Martín Galán<sup>a</sup>, Marta Canet Jubierre<sup>c</sup> y Víctor Medina Salas<sup>d</sup>

<sup>a</sup> CS Almanjáyar. Granada (España)

<sup>b</sup> UDAFYC de Granada (España)

<sup>c</sup> CS Salobreña. Granada (España)

<sup>d</sup> CS Huétor Tajar. Granada (España)

### OBJETIVOS

- Describir la intervención de la planificación anticipada de decisiones (PAD) desde el año 2012 al 2023.
- Estudiar perfil de pacientes, entorno de cuidados y fallecimiento.
- Evaluar el grado de cumplimiento de preferencias para los últimos días registradas en la PAD.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio evaluativo retrospectivo longitudinal realizado en una consulta de Medicina Familiar (MF) de 2012 a 2023 (continuidad MF/comunidad: 33 años). Total de pacientes con PAD 91 (fallecidos 80). Intervención PAD: proceso deliberativo, sistematizado, registrado, con pacientes y familia, de siete dimensiones (VVA, cuidadora, información, capacidad, funcionalidad, preferencias y plan).

Fuentes: historia clínica. Mediciones: contenidos de la PAD, perfil clínico-funcional, entorno del fallecimiento y grado de conciliación (preferencias cumplidas en final de la vida). Análisis univariado, bivariado y multivariante (SPSS). Autorizado por el comité ético de investigación.

### RESULTADOS

La edad media fue 77 años (50% > 81 años). Enfermedad principal: tumoral (43%), no oncológica (40%) y deterioro cognitivo (17%). En el primer registro de la PAD, el 67% de pacientes eran crónicos-complejos, el 52% inmovilizados, el 66% tenían competencia total y un 13% parcial. Fallecieron en domicilio o residencia el 71% de pacientes, con acompañamiento el 83% y con sedación el 72%. Promedio de registros de PAD/paciente: 2,2, y más del 50% tuvieron registro > 100

días antes del fallecimiento. Los contenidos de preferencias PAD más frecuentes: lugar de atención, acompañamiento, rechazo de la tecnología, no hospitalización, sedación e información actualizada. La conciliación fue total en el 82%, parcial en el 11%, no conciliando en el 7%. El 100% para fallecidos en domicilio y 48% en hospital.

## CONCLUSIONES

La PAD es un proceso dinámico que incorpora a pacientes y familia en la toma de decisiones compartidas al final de la vida. La PAD es rentable para personas ancianas, pacientes crónicos complejos, inmovilizados y paliativos desde la atención en domicilio. La PAD logra un alto nivel de conciliación entre preferencias y tipo de asistencia, tratamientos, cuidados, lugar y acompañamiento al final de la vida.

### CEI

Comité de Ética Asistencial de Granada. Código PAD-2023.

## Lactancia materna como solución de un problema común: una investigación cuantitativa de las características de las pacientes con mastitis puerperal (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1082

Marta García Torres<sup>a</sup>, Lluís Cuixart Costa<sup>a</sup>, Carla Auxiliadora Cabrera Suárez<sup>a</sup>, Mariona Marques Pàmies<sup>a</sup>, Daniel Planchuelo Calatayud<sup>a</sup> y Laia Perelló Sapiña<sup>b</sup>

<sup>a</sup> CAP Roger de Flor. Barcelona (España)

<sup>b</sup> CAP Sagrada Família. Barcelona (España)

## OBJETIVOS

Analizar las características de las pacientes con mastitis puerperal, las técnicas físicas (lactancia materna) y/o tratamientos antibióticos empleados para lograr su resolución. Señalando la importancia de la lactancia materna como método descongestivo de la mama en estadios iniciales.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Diseño:** estudio observacional descriptivo retrospectivo. **Ámbito:** centro de Atención Primaria urbano. **Criterios de selección:** mujeres  $\geq$  18 años que han dado a luz entre junio de 2020 y junio de 2022 y han presentado mastitis puerperal tras el parto. **Sujetos incluidos:** número total = 36 mujeres. **Variables:** edad, semana de aparición de la enfermedad, lactancia materna, asistencia a curso de educación de lactancia materna (preparto-posparto/presencial-online), bebés a término, abortos previos, tipo de parto, hábitos tóxicos (tabaco, cannabis, cocaína), comorbilidades (hipertensión arterial [HTA], diabetes mellitus tipo 1/2, diabetes gestacional, dislipemia, preeclampsia,

hipotiroidismo, obesidad), seguimiento por mutua, reproducción asistida. Inicio de antibiótico  $\leq$  24 horas. Antibiótico empleado. Resolución sin necesidad de antibiótico. Métodos de evaluación de respuesta: análisis mediante regresión logística.

## RESULTADOS

Obtenemos un total de 353 mujeres púerperas, de ellas 36 (10,1%) presentan mastitis puerperal. Edad media: 35 años. Lactancia materna: 36 (100%). Estudiamos la asistencia a cursos de lactancia: 28 (77,7%) asisten a estos cursos. Asistencia a cursos de parto: 17 (60,7%); asistencia a cursos posparto: 11 (39,3%); asistencia a cursos online: 19 (67,8%); asistencia a cursos presenciales: 9 (32,2%). Media bebés a término: 1,25. Media de abortos: 0,38. Tipos de parto: vaginal (75%), cesárea (22%), instrumental (3%).

Comorbilidades (fumadoras: 4%, diabetes gestacional: 3%, hipotiroidismo: 14%, obesidad: 11%). Embarazo por reproducción asistida: 5 (14%). Control privado del embarazo: 11 (30,5%). Tratamiento: administración antibiótica < 24 horas: 11 (31%), de las cuales 7 (88%) tenían fiebre.

Antibióticos empleados (cloxacilina: 6%, amoxicilina: 3%, amoxicilina/clav: 14%, cefadroxilo: 28%, clindamicina: 9%, otros: 3%). Resolución con medidas físicas (lactancia materna): resolución sin antibiótico: 37%. Se recogieron cultivos de leche materna: 39%. Complicación de absceso: 3%. Número de semanas de la mastitis en el grupo resolución sin antibiótico: 7,4 semanas, mientras que en el grupo resolución con antibiótico fueron 17,3 semanas (p-valor = 0,02).

## CONCLUSIONES

Existe una alta asistencia a cursos de educación en la lactancia (principalmente parto y online). Las comorbilidades más prevalentes fueron obesidad e hipotiroidismo. Hay un elevado porcentaje de reproducción asistida. Más de un tercio de las pacientes resolvió la mastitis solo con medidas físicas (lactancia materna) y antiinflamatorios. El antibiótico más empleado fue cefadroxilo (de elección en las guías). Las pacientes que precisaron antibiótico desarrollaron la mastitis antes que las que no lo precisaron, con diferencia significativamente estadística.

### CEI

Estudio aprobado por el comité ético de investigación de la institución.

## Los eventos adversos cardiovasculares mayores y la fibrilación auricular: estudio retrospectivo de cohorte en Atención Primaria (póster)

**DOI:** 10.55783/rcmf.16E1083

Pedro Moltó Balado<sup>a</sup>, Josep Lluís Clúa Espuny<sup>b</sup>, Cinta Monclús Arasa<sup>a</sup>, Alba Hernández Pinilla<sup>c</sup> y Silvia Reverté Villarroya<sup>d</sup>

<sup>a</sup> CAP Baix Ebre. Tortosa. Tarragona (España)

<sup>b</sup> CAP Temple. Tortosa. Tarragona (España)

<sup>c</sup> USR Reus-Camp de Tarragona. Reus. Tarragona (España)

<sup>d</sup> Campus Terres de l'Ebre. Grupo de Investigación en Enfermería Avanzada. Universitat Rovira i Virgili. Tortosa. Tarragona (España)

### OBJETIVOS

Evaluar la posible asociación de la incidencia de fibrilación auricular (FA) y episodios de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE), así como identificar las características de los pacientes con FA y MACE para poder proponer medidas para la mejora de los resultados en salud y la calidad de vida.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico, observacional, retrospectivo y comunitario de una cohorte (n = 40.297) de población general de 65-95 años entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2021 sin diagnóstico de FA o MACE en el ámbito de Atención Primaria.

### RESULTADOS

2.574 personas (6,39%) desarrollaron un primer debut de FA y la incidencia global fue de 8,9/1.000 personas por año (intervalo de confianza [IC] 95%: 8,6-9,2). Los MACE obtuvieron una incidencia global de 75,1/1.000 personas por año (IC 95% 70,8-79,5), mientras que en el grupo de personas sin FA fue de 20,6/1.000 personas por año (IC 95% 20,0-21,1).

### CONCLUSIONES

Existe una mayor incidencia de MACE y mortalidad previa al diagnóstico de la FA. Encontrar una metodología estándar para identificar a las personas que tengan alto riesgo de FA sería útil en la práctica clínica para poder intervenir en los factores de riesgo modificables.

### CEI

IDIAP Jordi Gol 22/243-P.

## Intervención en salud sexual EXIME en mujeres con síndrome genitourinario de la menopausia (póster)

**DOI:** 10.55783/rcmf.16E1084

Lucía Martínez Villarejo<sup>a</sup>, Milagros Rico Blázquez<sup>b</sup>, Mari Paz Alarcón Diana<sup>c</sup>, Isabel Cogen Viguera<sup>d</sup> e Isabel del Cura González<sup>b</sup>

<sup>a</sup> CS Goya. Madrid (España)

<sup>b</sup> Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Madrid (España)

<sup>c</sup> CS Arganda Felicidad. Madrid (España)

<sup>d</sup> CS Los Cármenes. Madrid (España)

### OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de la intervención en salud sexual EXIME en la mejora de la calidad de vida de mujeres con síndrome genitourinario de la menopausia (SGUM).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo clínico aleatorizado. Se incluyeron 250 mujeres de 45-65 años con SGUM, en consulta de matrona en Atención Primaria. Grupo intervención: intervención EXIME, basada en técnicas de expresión, análisis, información y desarrollo de habilidades en salud sexual. Grupo control: práctica habitual. La variable principal fue la calidad de vida en la menopausia (CVRS) (Cuestionario Cervantes-Breve) con evaluación ciega de la variable respuesta a 1 y 6 meses. Variables secundarias: sociodemográficas, historia sexual y síntomas del SGUM. Análisis por intención de tratar. Se calculó la diferencia de medias entre grupos y del cambio intrasujeto con intervalo de confianza (IC) 95%. Se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple.

### RESULTADOS

La edad media fue 54,02 (5,21) años. 206 mujeres completaron el seguimiento a 6 meses. El 98,3% tenían alguna disfunción sexual, siendo las más frecuentes el deseo sexual hipoactivo (67,2%) y la dispareunia (43,7%). La diferencia CVRS fue mayor en el grupo EXIME a 1 mes 1,41 (-1,04-1,86) y 6 meses 1,45 (-0,93-1,8). El cambio intrasujeto fue 2,79 (0,89-4,7) en el grupo EXIME y 0,19 (-1,72-2,1) en el grupo control a 6 meses. En el grupo EXIME, un 98,3% de mujeres tenía alguna disfunción sexual, presentando una mayor mejoría la dispareunia (57,1%). Haber recibido la intervención, tener pareja estable y un menor tiempo de menopausia se asociaron a mejor CVRS.

## CONCLUSIONES

La intervención EXIME mejora calidad de vida en las mujeres menopáusicas con SGUM en el grupo intervención 1 y a 6 meses. La mejoría entre grupo fue mayor para el grupo EXIME, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa.

### CEI

Comité Ético de Investigación Clínica del IDIAP Jordi Gol y Gorina.

## Mastitis en púerperas: ¿cuándo aparecen? (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1085

Marta García Torres<sup>a</sup>, Lluís Cuixart Costa<sup>a</sup>, Carla Auxiliadora Cabrera Suárez<sup>a</sup>, Mariona Marques Pàmies<sup>a</sup>, Ruth Benito Martínez<sup>b</sup> y Daniel Planchuelo Calatayud<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CAP Roger de Flor. Barcelona (España)

<sup>b</sup> EAP Sardenya. Barcelona (España)

## OBJETIVOS

Describir la tasa media de incidencia (*hazard*) de mastitis puerperal durante los meses posteriores al parto, pudiendo objetivar la distribución de la enfermedad en la muestra, así como identificar posibles condicionantes en relación con la aparición de la enfermedad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de supervivencia por el método de Kaplan-Meier y el método actuarial de mujeres púerperas  $\geq 18$  años, de un centro de Atención Primaria (CAP) urbano, incluidas en un estudio de casos y controles entre junio de 2020 y junio de 2022. Se comparan las tasas mediante un análisis con regresión de Cox.

## RESULTADOS

De un total de 140 púerperas, desarrollaron el evento (mastitis) 39. Evaluamos la media de días de aparición de la mastitis con respecto a la fecha de parto: 76 días ; SD: 86,8; P25: 18; P50: 38; P75: 104. Probabilidad acumulada de mastitis (M. Kaplan-Meier): 33 días: 0,13 (intervalo de confianza [IC] 95%: 0,08-0,2); 63 días: 0,03 (IC 95%: 0,14-0,27); 97 días: 0,03 (IC 95%: 0,15-0,29); 120 días: 0,22 (IC 95%: 0,16-0,30); 366 días: 0,3 (IC 95%: 0,23-0,4). Probabilidad acumulada de mastitis (M. actuarial): 30 días: 0,12; 60 días: 0,19; 90 días: 0,21; 120 días: 0,22; 360 días: 0,3. Tasa media de incidencia (x 1.000): 30 días: 4,4 (IC 95%: 2,3-6,5); 60 días: 2,7 (IC 95%: 0,9-4,4); 90 días: 1 (IC 95%: 0-2); 120 días: 0,3 (IC 95%: 0-1); 180 días: 0,7 (IC 95%: 0-1,7); 210 días: 0,8 (IC 95%: 0-1,8); 240 días: 1,6 (IC 95%: 0-3,2); 360 días: 0,5 (IC 95%: 0-1,5). Existen diferencias en las curvas de supervivencias según si la púerpera se ha controlado por mutua (*hazard ratio* = 1,2;  $p = 0,07$ ); reproducción asistida (*hazard ratio* = 4,5;  $p = 0,002$ ).

## CONCLUSIONES

Aproximadamente, la mitad de las mastitis aparecen durante el primer mes. A partir del octavo mes disminuye mucho la aparición de mastitis. El período con mayor tasa media de incidencia de mastitis es durante el primer mes. Las púerperas controladas por mutua privada o que se han realizado una fecundación asistida tienen mayor tasa de mastitis, en comparación con las púerperas que no presentan estas características.

### CEI

Estudio aprobado por el comité ético de investigación de la institución.

## Mejora del seguimiento de pacientes crónicos mediante una herramienta informática de programación proactiva (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1086

Carolina Guiriguat Capdevila<sup>a</sup>, Roser Cantenys Sabà<sup>a</sup>, Eduardo Hermosilla Pérez<sup>a</sup>, Mercè Bustos Gascón<sup>a</sup>, Mencia Benítez Camps<sup>b</sup> y Sara Rodoreda Noguera<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Sistemes d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària (SISAP). Barcelona (España)

<sup>b</sup> CAP Gòtic. Barcelona (España)

## OBJETIVOS

Evaluar el impacto de una herramienta de programación proactiva de pacientes crónicos en Atención Primaria mediante una aplicación integrada en la historia clínica electrónica y compartida entre profesionales de la sanidad y de atención a la ciudadanía.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes apareadas prospectivo en Atención Primaria. Se incluyeron en la cohorte de intervención a todos los pacientes programados hasta el 1 de octubre de 2022 asegurando mínimo 3 meses de seguimiento. Cada paciente del grupo intervención se apareó con un paciente control por grupo de enfermedad y frecuentación. El período de seguimiento finalizó el 31 de diciembre de 2022. La intervención consistió en una herramienta electrónica en dos fases: 1) personal sanitario valida la propuesta de controles/visitas individualizadas por paciente y generada por algoritmo informático; 2) personal administrativo programa mediante un módulo específico de multiprogramación. La variable principal fue la realización de pruebas y grado de control según enfermedad. Análisis estadístico: se ha estimado la *odds ratio* (OR) y su intervalo de confianza al 95% (IC 95%) para cada variable principal según enfermedad.

## RESULTADOS

Se incluyeron un total de 30.746 pacientes. Los pacientes programados mediante la herramienta mostraron mayor probabilidad de colesterol (OR: 3,30; IC 95%: 2,99-3,64) o electrocardiograma (OR: 4,21; IC 95%: 3,83-4,63) en cardiopatía isquémica, fondo de ojo (OR: 2,10; IC 95%: 1,97-2,23), valoración de pie diabético (OR: 2,55; IC 95%: 2,41-2,70), o espirometría (OR: 7,78; IC 95%: 6,56-9,28) en enfermedad pulmonar obstructiva. También se observó mejor control de hemoglobina glicada (OR: 2,06; IC 95%: 1,94-2,18) en la cohorte expuesta a la intervención respecto a los controles.

## CONCLUSIONES

Una herramienta electrónica de ayuda a la programación proactiva, con trabajo en equipo entre profesionales de la sanidad y de atención a la ciudadanía mejora la realización de pruebas y el grado de control de pacientes con enfermedades crónicas prevalentes en Atención Primaria.

### CEI

Pendiente CEIC.

## Multimorbilidad en Atención Primaria: formación específica de profesionales y definición del término (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1087

Alba González Hevilla<sup>a</sup>, Francisca Leiva Fernández<sup>b</sup>, Clara Sánchez Sánchez<sup>c</sup> y Marcos Castillo Jimena<sup>d</sup>

<sup>a</sup> UGC de Alozaina. Málaga (España)

<sup>b</sup> UDAFYC de Málaga (España)

<sup>c</sup> CS Altza. OSI Donostialdea. Gipuzkoa (España)

<sup>d</sup> UGC de Campillos. Málaga (España)

## OBJETIVOS

Explorar el concepto de multimorbilidad (MM) del personal médico y de enfermería de Atención Primaria (AP) y urgencias extrahospitalarias (UE) y qué formación reconocen en este sentido.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Resultado parcial de estudio descriptivo transversal, cualitativo y cuantitativo, mediante encuesta por internet. Muestreo no probabilístico por conveniencia dirigido a personal médico y de enfermería de AP y UE del Sistema Nacional de Salud. Cuestionario con variables sociodemográficas, laborales, sobre formación en MM y pregunta de elección simple entre tres definiciones propuestas. Estadística descriptiva, significación estadística  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Se completaron 387 encuestas: 35,9% de los/las participantes recibió la encuesta por correo electrónico institucional y el 24,5% por mensajería instantánea. Participantes de 48 provincias, edad media: 46 años (DE12); mujeres: 72,9%; personal médico: 65,6%; personal de enfermería: 25,6%, y residentes EFyC/MFyC: 8,4%. El 73,9% forma parte de un equipo de AP, el 5,4% trabaja en UE, y el 15,5%, en ambos. Ámbito de trabajo primordial: urbano (58,4%). El 64,9% refiere haber recibido formación en MM: online: 41,3%; autoformación: 28,9%; presencial: 20,7%; seminario único: 18,9%. La mayoría de < 30 horas (73,6%). Respecto al contenido de la formación: habilidades clínicas: 62%; comunicación: 27,4%; trabajo en equipo: 18,6%; evaluación crítica: 18,1%; gestión: 17,1%; tecnologías de la información: 8,1%. El 90,44% no participa/ha participado en MULTIPAP Study. A la pregunta «¿Cuál de las siguientes definiciones de “multimorbilidad” es más acertada bajo su punto de vista?», el 26% elige «Combinación de una enfermedad crónica con al menos otra condición de salud, aguda o crónica, ya sea física, mental» (Le Reste2015); el 13,4%, «Coexistencia de dos o más condiciones de salud crónicas en un mismo individuo» (OMS 2008), y el 9,9%, «Coexistencia de tres o más condiciones de salud crónicas en un mismo individuo» (Fortin 2012).

## CONCLUSIONES

El 65% de profesionales encuestados/as ha recibido formación en MM. Mayoritariamente online, de menos de 30 horas y que en más de la mitad de casos incluía habilidades clínicas. «Combinación de una enfermedad crónica con al menos otra condición de salud, aguda o crónica, ya sea física, mental» es la acepción más elegida como definición de MM.

### CEI

CEI Málaga 2019.

## Pacientes crónicos domiciliarios de una unidad de Atención Primaria. ¿Quién se beneficia de esta atención? (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1088

Aintzane Telleria Echeveste<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> Encarnación Cantabrana Catediano<sup>a</sup>, M.a Isabel Maya Goya<sup>a</sup>, Rosa Oronoz Lizargarate<sup>a</sup> y M.<sup>a</sup> Victoria Albistur Echaide<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Ambulatorio Irún Centro-Osi Bidasoa. Irún. Gipuzkoa (España)

## OBJETIVOS

Describir el tipo de pacientes clasificados como crónicos domiciliarios (CD) de nuestra unidad de Atención Primaria (UAP) para establecer la población diana beneficiaria del servicio.



## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron pacientes codificados como CD a 20 de enero de 2022, tanto con CIE9 (V63.9) y CIE10 (Z753C), asignados a la UAP y que aceptaron participar mediante consentimiento informado. Se recogió información mediante visitas domiciliarias de enfermería durante el período de estudio (mayo-agosto de 2022). Los datos se recogieron usando un cuaderno específico y se incluyeron en una base de datos. El análisis estadístico se hizo con el programa R.

## RESULTADOS

Participaron 286 pacientes (67 hombres, 219 mujeres) con una edad media de 82,5 y 88,5 años respectivamente. El 71,6% de los hombres vivían en pareja frente al 16,4% de las mujeres. El 63,5% de las mujeres eran viudas. Respecto al domicilio, el 22% vivían solos y el 76% con familia. El tiempo de traslado al domicilio era de una media de 11,4 minutos, con un tiempo de estancia media de 47,7 minutos. La media de visitas en 1 año fue de 16,5, y el 74,5% fueron programadas. Los motivos por los que se les clasificó como CD fueron la incapacidad física en un 73,8% y la edad avanzada en un 56,6%. El 74,1% presentan incontinencia urinaria y el 24,5% fecal. El 92,7% eran dependientes según el índice de Barthel, con una media de 50,4 puntos, que indica dependencia grave. Según la escala de Pfeiffer, el 39,4% presentaba deterioro cognitivo y, según la escala de Yesavage, el 49,6% tenía síntomas de depresión.

## CONCLUSIONES

El perfil de los CD de nuestra UAP es mujeres muy mayores, viudas o solteras, que viven en familia y con alto grado de dependencia.

### CEI

Comité Ético de Investigación del Área Sanitaria de Gipuzkoa TEL-CVD-2022-01.

## Perfil del paciente con escabiosis en un centro de Atención Primaria urbano en el período entre 2019 y 2022 (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1089

Sara Isabel Pérez Rodríguez<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> Zell del Castillo Nesweda<sup>a</sup>, Lluís Cuixart Costa<sup>a</sup>, Elvira Ferriz Morell<sup>a</sup>, Miguel García Ambit<sup>a</sup> y María Morata María<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CAP Roger de Flor. Barcelona (España)

## OBJETIVOS

Describir cuál es el perfil del paciente diagnosticado de escabiosis y el seguimiento que se ha realizado desde un centro de Atención Primaria (CAP) urbano.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo, longitudinal retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de escabiosis en un CAP urbano, durante el período 2019-2022. Fueron seleccionados 199 pacientes por muestreo aleatorio simple y se analizaron con STATA-17. Los datos se obtuvieron por revisión de la historia clínica informatizada. Se registró información de variable: edad, sexo, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), infección COVID, vacunación COVID. Fecha, número de visitas y tratamiento de la escabiosis.

## RESULTADOS

Número final: 199. Edad media: 36,9 años (SD : 18,7; P50: 31 años). Hombres: 52,26%. Mujeres: 47,74%. Antecedentes patológicos: hipertensión arterial (HTA): 9,6%; diabetes mellitus 2 (DM2): 8,5%; enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): 3%; insuficiencia cardíaca congestiva (ICC): 4%; VIH: 1,51%; tabaquismo: 27,1%; enfermedades de transmisión sexual: 12,6%; COVID: 46,73%; vacuna COVID: 84,92%. Diagnóstico: Atención Primaria (AP): 82,91%; hospital: 6,53%; privado: 8,04%. Tratamiento: permetrina: 92,96%; ivermectina: 34,67%. Número de visitas: 1 visita: 41,71%; 2 visitas: 26,63%; 3 visitas: 14,57%; 4 visitas: 9,05%; 5 visitas: 8,04% (media de visitas: 2,15; P50: 2,15).

## CONCLUSIONES

El perfil de pacientes con escabiosis presenta una edad joven, sin predominio de género, con poca comorbilidad, siendo el tabaquismo y las enfermedades de transmisión sexual los antecedentes más frecuentes. En torno a la mitad de los pacientes con escabiosis había padecido la COVID al menos una vez. Un porcentaje alto de la población estudiada ha recibido la vacuna contra la COVID-19. Se realizaron dos visitas de promedio hasta llegar a la curación de dicha enfermedad y el tratamiento más empleado fue la permetrina (acorde a lo que indican las guías clínicas como primera línea de tratamiento).

### CEI

Aprobación por la comisión de investigación de la institución donde se realiza.

## Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en una consulta de Atención Primaria en tiempo de pandemia (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1090

Kilian Griñán Ferre<sup>a</sup>, Joan Torras Borrell<sup>a</sup>, Roger Ortega Ruiz<sup>a</sup> y Beatriz Arnal López<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona (España)

## OBJETIVOS

Estudiar el grado de control de la presión arterial (PA), dislipemia y diabetes mellitus en pacientes que presentan antecedentes de cardiopatía isquémica (CI) asignados a una unidad básica asistencial (UBA) durante el año de pandemia para poder mejorar el control de estos factores.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal basado en la revisión de datos de la historia clínica de todos los pacientes asignados a una UBA donde constaba como problema de salud activo o pasivo la CI, en población de Terrassa, Cataluña, durante el año 2020. Se excluyeron pacientes de la UBA cuya codificación había sido errónea. Se revisaron los datos clínicos del curso clínico, hojas de monitorización y analíticas. Los datos fueron analizados según valores absolutos, promedios y porcentajes atendiendo el sexo y la edad.

## RESULTADOS

Se incluyeron 38 pacientes (edad media de 66,3 años, 65,8% hombres). De los 38 pacientes analizados, el 89,47% presentaba una analítica. Todos los pacientes diabéticos presentaban una HbA1c para su control. En relación con el control de la PA, el 71,06% de los pacientes se realizan al menos una medida con una media de PA de 133,22/68,24 mmHg. El 94,74% de los pacientes presentaba un control del colesterol total y un 89,47% de lipoproteínas de baja densidad (LDL). Los valores promedio de colesterol total y LDL fueron de 165,86 mg/dL y 83,88 mg/dL, respectivamente. Finalmente, se objetiva un 34,21% de pacientes con tratamiento óptimo siendo el beta-bloqueante el fármaco menos prescrito.

## CONCLUSIONES

Gracias a la realización de este estudio, se ha podido intervenir en tres pacientes que presentaban una pérdida de control de su patología cardiovascular. Se hizo un esfuerzo por parte de los profesionales de la UBA para reiniciar los controles de los pacientes con patología crónica durante la pandemia que se corresponde con unos resultados parecidos con relación a otros estudios de las mismas características llevados a cabo en años anteriores a la pandemia por SARS-CoV-2.

### CEI

Código CEIm: 05-21-161-076.

## Profesionales sanitarios y COVID-19. ¿Cómo y cuánto nos ha afectado? Cohorte COVID-19 CATCentral (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1091

Anna Ruiz Comellas<sup>a</sup>, Anna Ramírez Morros<sup>b</sup>, Josep Vidal Alaball<sup>c</sup>, Queralt Miró Catalina<sup>b</sup>, Eduard Velasco Márquez<sup>b</sup> y Hugo Rozas Cadenas<sup>d</sup>

<sup>a</sup> CAP de Sant Joan de Vilatorrada. Barcelona (España)

<sup>b</sup> Gerència Territorial Catalunya Central. Sant Fruitós de Bages. Barcelona (España)

<sup>c</sup> CAP de Navàs. Barcelona (España)

<sup>d</sup> ISGlobal Barcelona (España)

## OBJETIVOS

Estudiar la afectación de la infección de SARS-CoV-2 en profesionales de la sanidad de la cohorte COVID CATCentral. Comparar los resultados de las dos subcohortes: profesionales infectados y vacunados, y profesionales vacunados.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo longitudinal de la cohorte de profesionales sanitarios COVID CATCentral. *Período de estudio*: marzo de 2020-diciembre de 2022. Esta cohorte está compuesta por dos subcohortes: subcohorte 1: profesionales infectados al inicio de la pandemia, previa vacunación, y subcohorte 2: profesionales infectados posvacunación y de características sociodemográficas similares a la subcohorte 1. *Variables de estudio*: sociodemográficas y clínicas (comorbilidades, gravedad, número de infecciones, dosis de vacuna y diagnóstico de COVID persistente). Se realizaron análisis descriptivos univariantes para describir la cohorte COVID CATCentral y análisis bivariantes y multivariantes para comparar las dos subcohortes. Para el contraste de hipótesis, se utilizó la chi cuadrado para variables categóricas y la t-Student o Mann-Whitney para variables categóricas y continuas.

## RESULTADOS

Se incluyeron 447 pacientes (edad media: 45,87 (11,17) años. Mujeres: 83,9%. Facultativos: 30,65%; enfermería: 34,89%. La mayoría de participantes se infectaron: un 56,82% una vez, 23,71% dos veces y un 3,80% 3 veces. Los participantes con más comorbilidades se infectaron más (p-valor < 0,05). Un 5,14% no se vacunó. Un 7,16% se había administrado una dosis; un 24,38%, dos dosis, y un 63,33%, tres dosis o más. Un 4,92% presentaban estado de COVID persistente. La subcohorte 1 (n = 247) se infectó más veces, tuvo clínica más grave (hospitalización), se administró menos dosis de vacuna y presentaban más estado de COVID persistente, en relación con la subcohorte 2 (p-valor < 0,05).

## CONCLUSIONES

La mayoría de los participantes se infectaron. El 63,3% se administró tres dosis de vacuna o más. Los profesionales infectados antes de la vacunación tuvieron clínica más grave, se infectaron más, se vacunaron menos y presentaban más COVID persistente.

### CEI

IDIAP J Gol 20/162-PCV.

## Proyecto CRIVALVIR: contribución de la Atención Primaria a la eliminación del virus de inmunodeficiencia humana y las hepatitis víricas mediante el cribado oportunista en Valencia (España) (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1092

Enrique Ortega González<sup>a</sup>, Moisés Diago Madrid<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> Amparo Esteban Reboll<sup>a</sup>, Antonio Fornos Garrigós<sup>a</sup>, Miguel García Deltoro<sup>a</sup> y M.<sup>a</sup> Dolores Ocete Mochón<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital General Universitari de València (España)

## OBJETIVOS

Es necesario avanzar en las prácticas de cribado y vinculación a la atención para controlar eficazmente la epidemia de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y hepatitis víricas en España, a fin de movernos hacia los objetivos de eliminación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida) para 2030.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Implementamos el cribado oportunista del VIH, el virus de hepatitis B (VHB) y el virus de hepatitis C (VHC) en 26 centros de Atención Primaria (CAP) desde febrero de 2019 hasta marzo de 2022 (38 meses), utilizando la infraestructura y el personal existentes, con la ayuda de modificaciones en el sistema de registro electrónico de salud para identificar la elegibilidad para el cribado y solicitar serologías automáticamente. Fueron elegibles los pacientes de entre 18 y 80 años, previo consentimiento verbal, si no tenían serologías de estos virus registradas en el año anterior y requerían análisis de sangre por algún motivo. Se hizo un seguimiento independientemente de los resultados de las pruebas. El personal del hospital se puso en contacto con los pacientes positivos para garantizar su vinculación a la atención sanitaria.

## RESULTADOS

Se examinaron a 59.907 pacientes y se presentaron los resultados obtenidos por protocolo CIRVALVIR-FOCUS en 31.955 personas ma-

yores de 18 años. Se detectó una seroprevalencia del VIH del 0,17%, una seroprevalencia del VHB del 0,44%, una seroprevalencia de anticuerpos del VHC del 1,64% y una prevalencia del ácido ribonucleico (ARN) del VHC del 0,35%. Vinculamos al 95% de los pacientes a la atención sanitaria tras el diagnóstico.

## CONCLUSIONES

Nuestro proyecto multiplicó por tres el número total de pacientes sometidos a pruebas de detección de virus de transmisión sanguínea en comparación con el período equivalente anterior, y mejoró el diagnóstico precoz del VIH, con un descenso de las tasas de presentación tardía del 51,5% al 33,3%. Actualmente, estamos haciendo un análisis de rentabilidad para demostrar que los métodos oportunistas de detección de virus transmitidos por la sangre en Atención Primaria son factibles y eficaces.

### CEI

Comité Ético de Investigación con Medicamentos del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

## Proyecto GEAP (gold estándar en Atención Primaria): investigación participativa en la mejora de la Atención Primaria (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1093

Joan Josep Paredes Carbonell<sup>a</sup>, José Manuel Soler Torro<sup>a</sup>, Carlos Herrero Gil<sup>a</sup>, Mariví Verdeguer Gómez<sup>a</sup> y Concha Llopis Tortosa<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Dirección de Atención Primaria Departamento de Salud de La Ribera. Alzira. Valencia (España)

## OBJETIVOS

Describir un modelo de organización y funcionamiento del centro de salud que incorpore la atención comunitaria y sea eficaz en promover la salud y prevenir y atender la enfermedad a través de la participación de profesionales, gestores y ciudadanía.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio cualitativo participativo para describir cómo sería el centro de salud ideal, pero real (factibilidad y sostenibilidad). Se formaron tres grupos focales mixtos de 15 participantes por grupo (personal médico, de enfermería, del área administrativa y de unidades de apoyo, y ciudadanía) y un grupo formado por coordinadores, personal directivo e informadores clave. Se analizaron seis ejes temáticos: cambios organizativos para dar mejores servicios, atención a personas con necesidades complejas, integración con las unidades de apoyo, coordinación primaria-especializada, alfabetización en salud y orientación comunitaria.

## RESULTADOS

Se identificaron 40 acciones en los seis ejes. De cada acción se identificaron: objetivos, agentes responsables, recursos necesarios e indicadores de seguimiento y evaluación. Se priorizó: disponer de recursos humanos adaptados a las necesidades, formación continua en trato humano, empatía y escucha activa, promover la empatía entre la población y la educación para la salud, identificar a la población con necesidades complejas o en situación de vulnerabilidad, cuidar a la persona cuidadora, recibir formación en salud comunitaria y llevar a cabo proyectos comunitarios, fomentar el trabajo en equipo, la integración y la interdisciplinariedad, y mejorar la coordinación y la calidad de la comunicación primaria-hospital. Se identificaron oportunidades (buena capacitación y formación, cultura de trabajo en equipo) y debilidades (falta de recursos humanos, sobrecarga asistencial, falta de espacios, dificultades en la accesibilidad, carencias de cultura sanitaria en la población, desconocimiento de activos y de cultura comunitaria en profesionales e infravaloración desde especializada).

## CONCLUSIONES

La participación de profesionales, gestores y ciudadanía facilita la detección de fortalezas y debilidades y la propuesta de acciones que permitan la mejora de la atención, logrando acercarnos a la Atención Primaria ideal, pero real.

### CEI

PI1-01/2020 del Comité Ético de Investigación del Departamento de Salud de la Ribera (Alzira-Valencia).

## ¿Qué investigan los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria? (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1094

Natalia Izquierdo García<sup>a</sup>, Teresa Oliveira González de Lena<sup>a</sup>, Tatiana González Rebollar<sup>a</sup>, Erica Izquierdo García<sup>b</sup> y Rubén Darío Villa Estébanez<sup>c</sup>

<sup>a</sup> UDMFyC de Asturias (España)

<sup>b</sup> SESPA. Asturias (España)

<sup>c</sup> CS Grado. Asturias (España)

## OBJETIVOS

Describir las características de los trabajos de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria realizados en el período 2012-2022.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Las unidades de estudio fueron los trabajos de investigación presentados en el cuarto año de formación. Los datos recogidos proceden de la base de referencia de la

unidad docente. Se recogieron en un formulario ad hoc las variables: año, tipo y ámbito de estudio, metodología, área de investigación y temas clínicos. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas. La asignación a las diferentes categorías se hizo por dos observadores independientes. No se observaron conflictos ético legales tras la valoración del comité de ética de investigación.

## RESULTADOS

Se identificaron 116 TFR. El 53% se hicieron en medio urbano y el 37% en medio rural. El 81,9% de los estudios se llevó a cabo en Atención Primaria; el 64,6% de los TFR fueron multicéntricos. La metodología descriptiva fue la más utilizada, 94 (80,3%), siendo la mayoría de tipo transversal (95,7%). Se hicieron siete estudios de cohorte (6,3%), tres ensayos (2,6%), tres cuasi experimentales (2,6%) y dos cualitativos. Los aspectos clínicos fueron el área más estudiada (62,4%); los temas más frecuentes fueron: la utilización de medicamentos (13,7%), sistema endocrino (11,1%), salud mental (8,5%) e infecciones (5,9%). El abordaje de la organización asistencial ocupó el 23,1% y, entre ellos, la idoneidad del uso de guías, servicios o fármacos un 23,9%.

## CONCLUSIONES

El análisis realizado identifica los temas prioritarios para los residentes. Desde la perspectiva clínica, destaca la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la diabetes, la nutrición, la gripe y la COVID. La prestación de servicios, interrogando sobre la idoneidad de nuestra práctica, abarca una dimensión transversal que incide en la satisfacción y el uso de servicios o fármacos. Nos preguntamos: ¿el programa formativo da respuesta a estas inquietudes?

### CEI

CEImPA 2023.087.

## ¿Quién y por qué utiliza las terapias complementarias? (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1095

Anna Ruiz Comellas<sup>a</sup>, Montserrat Fusté Gamisans<sup>a</sup>, Joaquina Borjas Quirós<sup>a</sup>, Yolanda Pardo Garrote<sup>b</sup>, Queralt Miró Catalina<sup>b</sup> y M.<sup>a</sup> José Castillo Fernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup> ABS de Sant Joan de Vilatorrada. Barcelona (España)

<sup>b</sup> Gerència Territorial Catalunya Central. Sant Fruitós de Bages. Barcelona (España)

## OBJETIVOS

Conocer el uso de las terapias complementarias (TC) en un área básica de salud (ABS) con población urbana y rural.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Ámbito:** Atención Primaria. **Población de estudio:** personas usuarias de 18 años o más y que hayan autorizado recibir SMS de su equipo de Atención Primaria (EAP). **Tipo de estudio:** descriptivo transversal. **Criterios de exclusión:** diagnósticos de demencia y no aceptar participar. **Tamaño muestral:** un mínimo de 600. **Variables de estudio:** sociodemográficos, utilización de TC, motivos de uso, creencias y grado de satisfacción. **Análisis:** comparación de medias mediante el test de chi cuadrado (X<sup>2</sup>) para analizar la relación entre dos variables categóricas y la prueba de t-Student o Mann-Whitney para analizar la relación entre una variable continua y una variable categórica.

## RESULTADOS

Participaron 673 personas usuarias (323 de zona rural y 350 de zona urbana). El 58% de las personas entrevistadas utilizan TC. Las mujeres y el grupo de edad de 46-60 años son los que las utilizan más (p-valor < 0,05). No hubo diferencias significativas en el uso de la utilización de TC en función del lugar de residencia o nivel de estudios. Las TC más empleadas fueron: fitoterapia, quiromasaje y aceites esenciales. La mayoría de quienes utilizan las TC lo hacen para seguir una vida sana y equilibrada. La fuente de información es a través de profesionales de TC y de un familiar o conocido. El grado de satisfacción con las TC fue de un 8,1, y el 44% las usan > 5 veces/año.

## CONCLUSIONES

La población femenina y de mediana edad es la que emplea más las TC, con un grado de satisfacción elevado. La más utilizada es la fitoterapia. El conocer su uso nos permitirá mejorar la asistencia sanitaria, crear necesidades formativas en los/las profesionales de la sanidad y prevenir posibles efectos secundarios e interacciones con la medicina convencional.

### CEI

IDIAP J Gol 22/193-P.

## Recuperación del cribado y control de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tras la pandemia (póster)

**DOI:** 10.55783/rcmf.16E1096

Núria Mora Fernández<sup>a</sup>, Mireia Fábregas Escurriola<sup>a</sup>,  
 Mencia Benítez Camps<sup>b</sup>, Roser Cantenys Sabà<sup>a</sup>, Nemesio  
 Moreno Millán<sup>a</sup> y Ermengol Coma Redon<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Sistemes d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària (SISAP). Barcelona (España)

<sup>b</sup> CAP Gòtic. Barcelona (España)

## OBJETIVOS

Durante la pandemia se ha observado una reducción en el seguimiento y control de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). El objetivo del estudio es analizar si estas reducciones se han recuperado tras casi 3 años de pandemia.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de la evolución anual del resultado y de la variabilidad de tres indicadores de calidad asistencial sobre cribado y control de los pacientes con DM2 que se calculan en 287 equipos de Atención Primaria (EAP) de una comunidad autónoma. Los indicadores son: control de la hemoglobina glicosilada, cribado del pie diabético y cribado de la retinopatía diabética. El período de estudio fue de 2019 a 2022.

## RESULTADOS

En 2019, los resultados de los tres indicadores eran altos y con poca variabilidad entre los EAP: resultado del 70,9% en el indicador de control de la glicada, 72,2% en cribado del pie y 81,7% en cribado de retinopatía. En 2020 se observa una gran reducción de los resultados. El indicador de control de la glicada cayó a 55,8% (reducción de -26%) y aumentó un 142% la variabilidad entre los EAP. La mayor disminución del resultado se observó en el indicador de cribado del pie diabético (reducción del -51% con aumento de la variabilidad del 511%). Finalmente, en los dos siguientes años se observa una recuperación de los resultados, que a finales de 2022 vuelven a situarse en valores algo por encima de los de 2019: 71,1% y 82,8% respectivamente para los indicadores de control de la glicada y del cribado de retinopatía. Sin embargo, el cribado del pie diabético aún se sitúa algo por debajo (69% en 2022 versus 72,2% en 2019).

## CONCLUSIONES

A pesar de que en 2020 se redujo de forma drástica el cribado y el control de los pacientes diabéticos, en los siguientes años se ha observado una recuperación de estos indicadores, llegando a situarse en valores similares a los de antes de la pandemia.

### CEI

CEIC aprobado por el Comité Ético del IDIAP Jordi Gol (project code: 20/172 PCV).

## Residencias gerontológicas afectadas por COVID-19: mortalidad y diferencias en los perfiles de riesgo (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1097

Idoia Alcorta Michelena<sup>a</sup>, Ana Bienzobas García<sup>a</sup>, Saioa Elosequi Uranga<sup>a</sup>, María Enríquez Barroso<sup>a</sup>, Uxue Lazcano<sup>a</sup> y M.<sup>a</sup> Consuelo Martínez Burguía<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Residencia Ancianos Cruz Roja. Irún. Gipuzkoa (España)

### OBJETIVOS

Conocer la mortalidad por COVID-19 y comparar las características relacionadas en pacientes infectados con SARS-CoV-2 y pacientes fallecidos en período prepandemia en un grupo de residencias geriátricas.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyen residentes con PCR positivo SARS-CoV-2 durante 1/3/2020-1/3/2021 y residentes fallecidos el año anterior a la pandemia (1/3/2019-28/2/2020). Para el período de la pandemia se establecieron tres grupos: fallecidos por COVID-19, fallecidos por otras causas y no fallecidos. Se hicieron comparaciones entre ellos, y comparaciones entre los fallecidos por COVID-19 versus fallecidos en prepandemia. Los análisis se llevaron a cabo con el software R.

### RESULTADOS

Participaron 12 residencias, con un total de 736 residentes. De los n = 419 que corresponden al período de pandemia, n = 68 fallecieron por COVID-19, n = 61 por otras causas, n = 290 superaron la infección. El resto, n = 317, fallecieron en prepandemia. Población COVID-19 positiva. Los fallecidos por causas ajenas a la COVID-19 son significativamente mayores, muestran más pérdida de peso, mayor carga de enfermedad, peor funcionalidad según Barthel y mayor fragilidad según CFS y VIG. Los fallecidos por COVID-19 y los no fallecidos no cuentan con diferencias significativas en las variables mencionadas. Además, se observó que las personas residentes derivadas al hospital fueron más jóvenes, tenían mejor funcionalidad y menos demencia que las no derivadas. Fallecidos por COVID-19 versus fallecidos prepandemia. Los fallecidos por COVID-19 tenían mayor índice de masa corporal (IMC), menor pérdida de peso y menor carga de enfermedad total. Presentaban mejor funcionalidad, menor fragilidad y demencia en comparación con los fallecidos el año prepandemia.

### CONCLUSIONES

Las personas residentes fallecidas por COVID-19 eran menos frágiles, tenían mejor situación física y cognitiva que las fallecidas en ese mismo período por causas diferentes a la COVID-19 y que las que fallecieron en época prepandémica. Se trasladó al hospital a

las/los pacientes que más se podían beneficiar de un tratamiento más intensivo o más específico.

### CEI

Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos PI2021131.

## Tratamiento hipouricemiante en los pacientes gotosos en Atención Primaria (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1098

M.<sup>a</sup> Antònia Pou Giménez<sup>a</sup>, Meritxell Aivar Blanch<sup>b</sup>, Ángeles Conesa García<sup>c</sup>, Raquel Gayarre Aguado<sup>a</sup>, Carlen Reyes Reyes<sup>d</sup> y Daniel Martínez Laguna<sup>e</sup>

<sup>a</sup> EAP Encants. Barcelona (España)

<sup>b</sup> EAP Sants. Barcelona (España)

<sup>c</sup> EAP Sant Martí Nord. Barcelona (España)

<sup>d</sup> Idiap Jordi Gol. Barcelona (España)

<sup>e</sup> EAP Sant Martí Sud. Barcelona (España)

### OBJETIVOS

Determinar el porcentaje de gotosos que están recibiendo tratamiento hipouricemiante en una cohorte de enfermos según la historia clínica informatizada de Atención Primaria (AP). Determinar el porcentaje que han conseguido alcanzar el objetivo terapéutico (< 6 mg/dL) y relacionarlo con el tratamiento que están recibiendo.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal retrospectivo de individuos de al menos 15 años que cumplían los criterios EULAR/ACR 2015 de gota. Se escogieron 205 personas de forma aleatorizada en siete equipos de AP de ámbito urbano. Se recogieron variables demográficas (edad y sexo) y clínicas (fecha del diagnóstico, filtrado glomerular y uricemia en el momento del diagnóstico y el último disponible y tratamiento hipouricemiante).

### RESULTADOS

La media de edad fue de 64,3 ± 12 años y la evolución media de 6,6 ± 3,9 años. 172 (83,9%) eran hombres. Siete (3,9%) enfermos presentaron en su historia clínica informatizada (HCI) un filtrado glomerular de 15-30 mL/mn/m<sup>2</sup> y 61 (33,9%) < 60 mL/mn/m<sup>2</sup>. El ácido úrico medio en el diagnóstico fue 8,5 ± 1,5 mg/dL, y en el momento de la recogida de datos fue de 6,7 ± 1,8 mg/dL. 72 (30,2%) pacientes consiguieron niveles < 6 mg/dL, 127 (62%) presentaban mal control, y en 16 (7,8%) no se recogían uricemias. 61 (29,8%) enfermos no tenían pautado tratamiento hipouricemiante, 80 (42,2%) recibían alopurinol 100, 6 (3%) alopurinol 150, 32 (15,6%) alopurinol 300, un enfermo recibía 400 mg/día, otro enfermo recibía febuxostat 40, y 17 (8,5%) febuxostat 80 mg/día. El porcentaje de enfermos que conseguían el objetivo terapéutico fue: tratados 40,7% (50/135), no tra-

tados 22,2% (12/54), alopurinol 100 mg/día 22,8% (18/79), alopurinol 150 mg/día 60% (3/5), alopurinol 300 mg/día 51,6% (16/31) y febuxostat 80 mg/día 72,2% (13/18). Las diferencias entre tratados y no tratados ( $p = 0,05$ ) y entre los tratados con alopurinol y febuxostat ( $p = 0,0022$ ) fueron estadísticamente significativas.

## CONCLUSIONES

El control de la uricemia en los enfermos con gota en AP fue subóptimo y el uso de la terapia reductora de uricemia insuficiente.

### CEI

CEIm22/011-P.

## Uso de neurolépticos para los síntomas neuropsiquiátricos de la demencia en Atención Primaria (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1099

Victoria García Martín<sup>a</sup>, María del Canto de Hoyos Alonso<sup>b</sup>, Isabel del Cura González<sup>c</sup> y Rosalía Delgado Puebla<sup>d</sup>

<sup>a</sup> CS de Navalcarnero. Madrid (España)

<sup>b</sup> Laín Entralgo. Alcorcón. Madrid (España)

<sup>c</sup> Unidad de Investigación. Madrid (España)

<sup>d</sup> CS Horta. Barcelona (España)

## OBJETIVOS

Los antipsicóticos o neurolépticos están indicados en el tratamiento de algunos de los síntomas neuropsiquiátricos (SNP) asociados a la demencia. Su uso se limita a síntomas graves con riesgo para pacientes o sus familiares, ya que no están exentos de complicaciones.

**Objetivo:** describir la prevalencia de uso de neurolépticos en el tratamiento de los SNP de pacientes con demencia atendidos en Atención Primaria y analizar los factores asociados a su uso y su adecuación.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal en dos centros de salud. *Criterios de inclusión:* diagnóstico de demencia y/o tratamiento específico (anticolinesterásicos y/o memantina), atendidos el último año. *Criterios de exclusión:* institucionalizados, esquizofrenia o trastornos psicóticos previos. *Variables:* clínicas del paciente, socio-demográficas de paciente y persona cuidadora. Los SNP se analizaron mediante el cuestionario Neuropsychiatric Inventory, aislados y agrupados en subsíndromes. Análisis estadístico: descriptivo, bivariable y regresión logística.

## RESULTADOS

Se incluyeron 129 pacientes, 70,5% mujeres, edad media: 82,7 años. El 98,4% tenía SNP. El 72,9% (intervalo de confianza [IC] 95%: 6,9-80,6) tomaba anticolinesterásicos y/o memantina; el 75,5% (IC 95%: 70,5-84,5), algún tratamiento para los SNP, y un 42,6% (IC 95%: 34,1-51,2), neurolépticos. Hubo asociación significativa entre el uso de neurolépticos y la presencia de delirios (*odds ratio* [OR] = 2,8, IC 95%: 1,2-5,4), alucinaciones (OR = 2,6, IC 95%: 1,4-5,4), alteraciones del sueño (OR = 3, IC 95%: 1,5-6,3) y desinhibición (OR = 2,4, IC 95%: 1,2-5,1). Las alteraciones del sueño se asociaron con delirios (OR = 2,2, IC 95%: 1,1-4,5) y alucinaciones (OR = 2,7, IC 95%: 1,3-5,7). La desinhibición no se asoció a ningún síntoma psicótico. En el análisis multivariante, el uso de neurolépticos aumentó con la presencia de desinhibición (OR = 2,3, IC 95%: 1,1-5,2) y psicosis (OR = 4,1, IC 95%: 1,7-9,9) y disminuyó con el tratamiento específico (OR = 0,4, IC 95%: 0,2-0,9).

## CONCLUSIONES

El uso de los antipsicóticos es adecuado en general, utilizándose para los síntomas psicóticos. En las alteraciones del sueño puede estar condicionado por su asociación con delirios y alucinaciones. No encontramos justificación para su uso en la desinhibición. El tratamiento específico para la demencia disminuyó el uso de neurolépticos.

### CEI

Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Fundación Alcorcón 23 de septiembre de 2015/15/65.

## Utilidad del cribado poblacional del deterioro cognitivo en una población urbana (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1100

Cristina Molins Rojas<sup>a</sup>, Gerard Piñol Ripoll<sup>b</sup>, Joaquim Sol Culleré<sup>c</sup> y Antoni Plana Blanco<sup>c</sup>

<sup>a</sup> ABS Sant Pere i Sant Pau. Tarragona (España)

<sup>b</sup> Hospital Universitari Santa Maria. Lleida (España)

<sup>c</sup> IDIAP Jordi Gol. Lleida (España)

<sup>d</sup> ABS Balàfia-Pardinyes. Lleida (España)

## OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de deterioro cognitivo (DC) en población mayor de 65 años asintomática mediante cribado poblacional interdisciplinar entre Atención Primaria (AP) y la Unidad de Trastornos Cognitivos (UTC) hospitalaria.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes prospectivo aleatorizado. Se evaluaron en ámbito de AP 161 personas sin diagnóstico de DC mayores de 65 años mediante test cognitivos (MoCA y T@M) y score de riesgo (CAIDE). Los que presentaron resultados sugestivos de DC fueron evaluados en UTC para confirmar sospecha diagnóstica. Limitaciones: el seguimiento a largo plazo podría condicionar pérdida de seguimiento. Aspectos éticos: se requiere consentimiento informado.

## RESULTADOS

De las 161 personas valoradas en AP, 47 obtuvieron resultados patológicos en los test cognitivos, y 17 (36% de los pacientes detectados en AP) fueron diagnosticadas de DC leve o demencia (10% de la muestra inicial) en UTC. Datos demográficos y antecedentes personales sin significación estadística. Los pacientes con DC confirmado mostraron puntuaciones más bajas en el test T@M 35 (33;39) versus 32 (DS 28;35).

## CONCLUSIONES

Nuestro estudio demuestra la importancia del cribado de DC en pacientes asintomáticos en consultas de AP, ya que un 10% fueron diagnosticados de DC o demencia. Entre los test, T@M es el más sensible, y su especificidad aumenta si se asocia al MoCA.

### CEI

Comité Ético de Investigación Clínica de IDIAP Jordi Gol: 20/212-P.

## Validación del Fatty Liver Index para el diagnóstico de esteatosis hepática en pacientes con obesidad y/o diabetes mellitus en Atención Primaria. Estudio FLIAP (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1101

José Alfonso Cortés Rubio<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> Pilar Costa Zamora<sup>a</sup>, Diego Martín Acicoya<sup>a</sup>, Marta Candela Fernández<sup>a</sup>, Elena Alcanda Renquel<sup>a</sup> y Adriana Vañó Garrido-Arroquia<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CS Universitario Las Calesas. Madrid (España)

## OBJETIVOS

Estudiar la utilidad del Fatty Liver Index (FLI) como prueba diagnóstica alternativa a la ecografía para el diagnóstico de enfermedad de hígado graso no alcohólica (EHGNA) en pacientes con obesidad y/o diabetes en el ámbito de Atención Primaria.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de evaluación de prueba diagnóstica mediante diseño transversal. Se incluyen pacientes con diagnóstico previo de obesidad y/o diabetes en los que estaría indicado hacer una ecografía para descartar esteatosis. Se les realizará el FLI y la prueba *gold standar* (ecografía). Tamaño muestral: se incluyeron 135 individuos. Se calculó curva ROC, el área bajo la curva y el punto de corte del FLI para la clasificación como esteatosis. Se estimó sensibilidad, especificidad, los valores predictivos positivos y negativos del FLI. Se utilizó el programa SPSS para el análisis. A todos los pacientes se les entregó una hoja informativa del estudio y se pidió consentimiento informado.

## RESULTADOS

Prevalencia de esteatosis del 60,7%, predominando esteatosis leve y moderada. Hubo relación significativa entre esteatosis y triglicéridos, no así para índice de masa corporal (IMC), GGT y perímetro abdominal. La curva ROC del FLI muestra se mostró muy cercana a la línea media, y el área bajo la curva fue 0,666, que indica una capacidad predictiva del FLI baja. Considerando un punto de corte de 76 para el FLI, la sensibilidad fue del 75,6%, la especificidad del 50,94%, el valor predictivo positivo (VPP) del 70,45% y valor predictivo negativo (VPN) del 57,45%. Los coeficientes de probabilidad positivo y negativo fueron 1,53 y 0,49, que indican que el FLI no puede considerarse una buena prueba para el diagnóstico de esteatosis.

## CONCLUSIONES

El test FLI no predice de forma adecuada los pacientes con diabetes y/o obesidad que tendrán esteatosis asociada. Por ello, no se puede recomendar de forma generalizada su uso para el diagnóstico de esteatosis ni tampoco para sustituir la ecografía.

### CEI

Comisión Local de Investigación Centro. Madrid. Código de proyecto: 11/21-C CEIm del Hospital 12 de octubre. Código: 21/720.