

II Premio de Investigación en Medicina de Familia Salvador Tranche

ARTÍCULO PREMIADO

Evaluation of a multicomponent intervention consisting of education and feedback to reduce benzodiazepine prescriptions by general practitioners: The BENZORED hybrid type 1 cluster randomized controlled trial

Caterina Vicens Caldentey^a

^a CS Son Serra - La Vileta. Palma. Illes Balears (España)

<http://hdl.handle.net/11201/160258>

TESIS DOCTORAL PREMIADA

Corazonadas en el proceso diagnóstico de los médicos de familia españoles

Gut feelings in the diagnostic process of Spanish family physician

DOI: 10.55783/rcmf.16E1132

Bernardino Oliva Fanlo^a

^a Doctoral Programme in Translational Research in Public Health and High Prevalence Diseases. Universitat de les Illes Balears (España)

OBJETIVOS

Esta tesis se centra en tres objetivos: 1) explorar la existencia, significado, determinantes y desencadenantes de los «presentimientos» entre las médicas y los médicos de familia (MF) españoles; 2) obtener una traducción transcultural del cuestionario de Gut Feelings (GFQ) en español y catalán y evaluar las propiedades estructurales de las versiones traducidas; 3) evaluar la prevalencia de «presentimientos» en la Atención Primaria (AP), examinar sus determinantes e impacto en el manejo del paciente y medir su valor diagnóstico por cáncer y otras enfermedades graves.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para cumplir los tres objetivos se diseñaron tres estudios:

Objetivo 1: estudio cualitativo de grupos focales y análisis temático del contenido llevado a cabo en una muestra intencional de 20 MF de Mallorca.

Objetivo 2: Se llevó a cabo un procedimiento en seis escalones: traducción y retrotraducción del GFQ, consenso de un comité de expertos y validación cultural y lingüística de las dos versiones. También se evaluó la consistencia interna, la estructura factorial y validación de contenido.

Objetivo 3: un estudio observacional prospectivo se llevó a cabo utilizando las versiones española y catalana del QGF. Los sujetos serían 155 MF y 1.487 de sus pacientes con un nuevo motivo de consulta de cuatro provincias españolas. Variables: sociodemográficas de pacientes y MF; estilo de razonamiento del MF, características de la consulta, presencia de presentimientos y tipos, contactos subsecuentes del paciente con el sistema sanitario, nuevos casos de cáncer y enfermedades graves aparecidas a los 2 y 6 meses de la consulta índice.

RESULTADOS

Estudio 1: los/las MF eran conscientes de la existencia de los presentimientos en el razonamiento clínico durante el diagnóstico y reconocían dos tipos: un sentido de alarma y un sentido de seguridad. Los/las MF expresaron que la relación previa médico-paciente y la experiencia del MF influían de forma importante en la aparición de los presentimientos. Los/las MF dieron gran significado a los presentimientos y estos fueron considerados una característica propia de la AP y una herramienta en el proceso diagnóstico. Los/las MF consideran que la noción de presentimientos y su relevancia puede ser transmitida a estudiantes y residentes. Las/los MF tienden a seguir los presentimientos, a pesar de que no están seguros de su precisión diagnóstica.

Estudio 2: la consistencia interna fue alta (Alpha de Cronbach por GFQ-español = 0,94 y GFQ-Català = 0,95). El análisis de componentes principales identificó un factor con los sentidos de alarma y sentido de seguridad como dos opuestos, explicando el 76% de la varianza por el GFQ-español, y el 77% por el GFQ-Català.

Estudio 3: los/las MF experimentaron un presentimiento en el 97,1% de las consultas: un sentido de seguridad en el 75,3% y un sentido de alarma en el 21,7%. El sentido de alarma apareció más frecuentemente cuando el paciente era mayor, en entornos no urbanos o cuando el

paciente presentaba un síntoma relacionado con cáncer. Los/las MF tomaron medidas de diagnóstico con más frecuencia después de una sensación de alarma. A los 2 meses, el sentido de alarma tenía una sensibilidad del 59,3% por cáncer y otras enfermedades graves (intervalo de confianza [IC] 95%: 47,1-70,5), una especificidad del 79,4% (IC 95%: 77,1-81,5), un valor predictivo positivo del 12,2% (IC 95%: 9,06-16,3) y un valor predictivo negativo del 97,5% (IC 95%: 86,4-98,3).

CONCLUSIONES

Estudio 1: los/las MF españoles reconocen la presencia y el rol de los presentimientos en su proceso de razonamiento diagnóstico. La investigación futura tiene que evaluar la precisión diagnóstica de los presentimientos y cómo incluirlos en la educación de las/los MF.

Estudio 2: se obtuvo una versión española y una catalana adaptadas transculturalmente, ambas con buenas propiedades estructurales.

Estudio 3: los presentimientos están presentes consistentemente en la consulta de AP y tienen un papel sustancial en el razonamiento clínico y en el diagnóstico precoz de enfermedad grave. El sentido de alarma tiene que ser tenido en cuenta de forma seria y ser utilizado para apoyar la evaluación diagnóstica en pacientes con un nuevo motivo de consulta.

TESIS DOCTORALES PRESENTADAS

Actitudes de los pacientes hacia la deprescripción de medicamentos. Validación de la versión española del cuestionario revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD)

DOI: 10.55783/rcmf.16E1133

José Ignacio de Juan Roldán^a

^a Programa de Doctorado de Biomedicina, Investigación Traslacional y Nuevas Tecnologías en Salud. Universidad de Málaga (España)

OBJETIVOS

El éxito de la deprescripción depende en gran medida de los factores relacionados con los pacientes. El cuestionario revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) fue desarrollado con el objetivo de evaluar las creencias y actitudes de pacientes y personas cuidadoras en relación con la deprescripción de medicamentos. En el presente estudio se planteó la validación de la versión española del cuestionario rPATD, tanto en su versión para pacientes como para personas cuidadoras, a través de un proceso de validación cualitativa y el subsiguiente análisis de sus propiedades psicométricas. A continuación, se llevó a cabo el análisis de las actitudes de

pacientes y personas cuidadoras hacia la deprescripción según las respuestas de los sujetos de estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio descriptivo transversal de validación de un instrumento de medida.

Emplazamiento: Atención Primaria en Málaga (España).

Participantes: se seleccionó una muestra de 120 personas (60 pacientes polimedicaados y 60 cuidadoras de pacientes) para participar en el estudio a través de un muestreo consecutivo.

Variables principales: en la fase de validación cualitativa, el cuestionario rPATD se sometió a una traducción-retrotraducción y a un proceso de adaptación transcultural para evaluar su factibilidad y validez aparente. A continuación, se evaluaron sus propiedades psicométricas. El análisis factorial confirmatorio se empleó para evaluar la validez de constructo. La consistencia interna se determinó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Se analizó la validez de criterio a través de hipótesis predefinidas con la subescala de preocupación del cuestionario Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ), así como la fiabilidad test-retest. El análisis de las actitudes de pacientes y personas cuidadoras hacia la deprescripción se llevó a cabo mediante el cálculo de las frecuencias y medidas de tendencia central de las respuestas al cuestionario.

RESULTADOS

Tras el proceso de validación cualitativa se obtuvo la primera versión en español del cuestionario rPATD. El análisis factorial confirmatorio verificó la estructura del cuestionario original, cuyos ítems cargaron en cuatro factores: implicación, carga, idoneidad y preocupación sobre el cese. El coeficiente alfa de Cronbach para los factores varió de 0,683 a 0,879. Los factores carga, idoneidad y preocupación sobre el cese se correlacionaron con la subescala de preocupación del cuestionario BMQ de forma estadísticamente significativa, excepto el factor preocupación sobre el cese de la versión para pacientes, cuya correlación no presentó significación estadística. La consistencia de los 24 ítems entre administraciones (fiabilidad test-retest) mostró valores de kappa de Cohen ponderado que variaron desde moderados (> 0,4) a muy buenos (> 0,8). Los ítems generales acerca de la posibilidad de dejar de tomar un medicamento si el médico lo indicase y sobre el grado de satisfacción con los medicamentos presentaron una tasa de respuestas positivas del 81,6% y del 79,1%, respectivamente, en la versión para pacientes, y del 85,5% y 86,7%, respectivamente, en la versión para personas cuidadoras.

CONCLUSIONES

La versión española del cuestionario rPATD demostró ser un instrumento factible, válido y fiable para evaluar las actitudes hacia la deprescripción en pacientes y personas cuidadoras hispanohablantes, tanto en el campo de la investigación como en la práctica clínica diaria. Aunque las/los pacientes y personas cuidadoras que par-

participaron en el estudio declararon un nivel alto de satisfacción con sus medicamentos, mostraron una predisposición favorable a la deprescripción.

Análisis de los efectos de una intervención educativa nutricional en los diabéticos tipo 2 con mal control glucémico

DOI: 10.55783/rcmf.16E1134

Carmen Celada Roldán^a

^a Universidad de Castilla-La Mancha. Albacete (España)

INTRODUCCIÓN

Actualmente se han modificado los hábitos de la dieta tradicional, hecho que, junto a un estilo de vida más sedentario, ha contribuido a una mayor prevalencia de la obesidad y la diabetes mellitus 2 (DM2) (diabesidad), incrementando el riesgo de ECV y la disminución de la CVRS. Para reducir esta pandemia, se requiere un abordaje multidisciplinar e integral enfocado en la aplicación de estrategias de prevención y educación nutricional centrada en la promoción de un estilo de vida y una alimentación más saludable, como la que engloba la dieta mediterránea (DMed). Este patrón dietético junto al ejercicio físico, ha demostrado contribuir a la prevención primaria y secundaria de la DM2 y de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) coexistentes.

OBJETIVOS

- Describir las características sociodemográficas, clínicas, la adherencia a la DMed y la CVRS basal de los pacientes DM2 con mal control glucémico.
- Analizar los efectos de una intervención educativa nutricional desde AP, sobre el control metabólico y sobre la adherencia a la DMed.
- Conocer la prevalencia de los FRCV antes y después de la intervención.
- Determinar si existen diferencias de sexo en la CVRS, en los FRCV y en la adherencia a la DMed.
- Examinar si hay relación entre las variables principales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio en dos etapas: observacional descriptivo transversal y analítico cuasi experimental de tipo antes-después, mediante una intervención realizada en varios centros de salud de Albacete y Cuenca entre 2018 y 2019. Se incluyeron a 93 pacientes adultos diagnosticados de DM2 con mal control glucémico (HbA1c \geq 7%). La intervención educativa nutricional se englobó dentro de un programa nutricional comunitario de Atención Primaria (AP) para el manejo interdisciplinar de la DM2, con tres fases: 1) preintervención: completar el primer, segundo y tercer bloque con datos basales; 2)

intervención: dos sesiones grupales y una sesión individual; 3) postintervención: registrar el segundo y el tercer bloque con valores finales. Se analizan variables antes y después de la intervención: sexo, grupos de edad, años de evolución de la DM2, peso, índice de masa corporal (IMC), PAB, TAS, TAD, GB, HbA1c, colesterol total (CT), colesterol de lipoproteínas de alta densidad (cHDL), colesterol de lipoproteínas de baja densidad (cLDL), triglicéridos (TG), cuestionario MEDAS-14 (buena adherencia \geq 9 puntos) e ítems del SF-12v2 y se examina la posible relación entre las variables.

RESULTADOS

Participaron 93 pacientes DM2 (60% mujeres) con mal control glucémico, de 64 ± 9 años (51% entre 46 y 65 años), con 12 años de evolución (48% entre 5-10 años).

Preintervención: la obesidad (92%), la hipertensión arterial (HTA) (44%), la hipercolesterolemia (58%) y la hipertrigliceridemia (75%) predominó en mujeres; y el sobrepeso (6%) y el tabaquismo (74%) en hombres.

Los parámetros basales fueron: a) glucémicos (HbA1c: 7,8%, GB: 158 mg/dL); b) lipídicos (CT: 198,7 mg/dL, cLDL: 114,5 mg/dL, cHDL: 52,1 mg/dL y TG: 196 mg/dL); c) antropométricos (IMC: 31,9 kg/m², PAB: 103,1 cm); d) TA (TAS: 141,2 mmHg, TAD: 80,5 mmHg). El MEDAS-14 mostró una baja adherencia (7,44 puntos), mayor en mujeres (7,66 puntos), \geq 66 años, con 5-10 años de evolución. Al desglosar los 14 ítems, se observó significación estadística en cinco ítems (3.º, 4.º, 5.º, 11.º y 13.º). El SF-12v2 mostró una mala CVRS, con mayor afectación física en mujeres y mental en hombres. Al desglosar los 12 ítems, solo se observó significación en uno (9.º).

Postintervención: mejoraron todos los FRCV: la obesidad (- 8%), HTA (- 31%), hipertrigliceridemia (- 16%), que continuó predominando en mujeres, y la hipercolesterolemia (- 19%) y el sobrepeso (+ 6%), en hombres. Los parámetros finales fueron: a) glucémicos: HbA1c: 6,9% (- 0,9%) y GB: 128 mg/dL (- 30,8 mg/dL), consiguiendo HbA1c < 7% (55%) y < 6,5% (38%); b) lipídicos: CT: 188,4 mg/dL (- 10,3 mg/dL), cLDL: 100,7 mg/dL (- 13,8 mg/dL), cHDL: 51,8 mg/dL (- 0,3 mg/dL) y TG: 188,4 mg/dL (- 18,6 mg/dL); c) antropométricos: IMC: 30,3 kg/m² (- 1,6 kg/m²) y PAB: 100,2 cm (- 2,9 cm); d) TA: TAS: 134,3 mmHg (- 13,3 mmHg), TAD: 78,8 mmHg (- 1,7 mmHg). El MEDAS-14 final fue de 8,55 (+ 1,09 \pm 2,56 puntos), más en hombres (+ 1,6 puntos) que en mujeres (+ 0,74 puntos). Al comparar los ítems antes y después de la intervención existía significación en 10 (2.º, 3.º, 5.º, 6.º, 7.º, 8.º, 11.º, 12.º, 13.º y 14.º). Al relacionar las variables entre sí, solo existía significación al relacionar el MEDAS-14 con los grados de obesidad en dos ítems (4.º y 11.º).

CONCLUSIONES

Los pacientes DM2 con mal control glucémico asocian un mal control metabólico e incremento de los FRCV (obesidad, HTA, dislipemia), más en mujeres, de 45-65 años y más de 5 años de evolución de su patología. Se vincula a una baja adherencia a la DMed y una mala CVRS (dimensión física). Una corta intervención educativa desde AP incrementa la adherencia a la DMed y mejora significativamente el control metabólico global en los DM2.

Intervención multifactorial en Atención Primaria para pacientes prefrágiles de edad avanzada

DOI: 10.55783/rcmf.16E1135

Laia Gené Huguet^a

^a Programa de Doctorat Medicina i Recerca Translacional. Universitat de Barcelona (España)

INTRODUCCIÓN

La fragilidad es un síndrome geriátrico. Vivimos en un país con un alto índice de envejecimiento, y su tendencia demográfica actual conllevará un aumento de la prevalencia de la población frágil y prefrágil en los próximos años, de manera que prevenir o retardar la fragilidad tiene importantes beneficios a nivel social y de salud. Existen estudios que han demostrado la efectividad de una intervención multifactorial en pacientes de edad avanzada frágiles y prefrágiles, pero pocos han evaluado su efectividad a largo plazo. La fragilidad y sus consecuencias han demostrado producir un incremento en la utilización de recursos sanitarios.

HIPÓTESIS

Identificar la población prefrágil e intervenir en la misma puede prevenir o retardar la evolución a fragilidad con las consecuencias que este estado conlleva, incluso podría revertir su estado de prefragilidad a robusto, mejorar el estado funcional y la calidad de vida de estos pacientes. Además, podría reducir el coste sanitario.

OBJETIVOS

Evaluar una intervención multifactorial e interdisciplinar, creada y dirigida desde Atención Primaria, para pacientes prefrágiles de 80 años o más. Evaluación a corto y largo plazo de su efecto, así como también determinar el coste sanitario y la relación con la comorbilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo clínico aleatorizado llevado a cabo en un centro de Atención Primaria (CAP) de Barcelona. Inclusión de 200 pacientes de 80 años o más, que viven en la comunidad y cumplen criterios de Fried de prefragilidad. Aleatorización a grupo intervención (GI) y grupo control (GC). El GI recibió una intervención multifactorial durante 6 meses, basada en ejercicio físico, consejo sobre dieta mediterránea, revisión de prescripción inadecuada en polimedicados y valoración social. El grupo control recibió las curas habituales del CAP. Seguimiento de esta cohorte a los 12 y 36 meses. Análisis de costes mediante las visitas realizadas en los CAP, visitas en otras especialidades, visitas a urgencias, realización de exploraciones complementarias e intervenciones quirúrgicas de los últimos 36 meses. Valoración de la complejidad, la tasa de ingresos a urgencias y la tasa de mortalidad fueron valoradas a los 36 meses.

RESULTADOS

A los 12 meses, 173 participantes prefrágiles (86,5%) completaron el estudio, una media de edad de 84,5 años, 64,5% de mujeres. La fragilidad fue inferior en el GI (riesgo relativo [RR]: 2,90; intervalo de confianza [IC] 95%: 1,45-8,69). La reversión a robusto fue superior en el GI (GI: 14,1% versus GC: 1,1%, $p < 0,001$). El estado funcional y nutricional, la adherencia a la dieta mediterránea, la calidad de vida y la movilidad también fueron superiores en el GI ($p \leq 0,001$).

A los 36 meses de seguimiento, se evaluaron 135 participantes (67,5%). La transición a fragilidad continuó siendo inferior en el GI (22,1% versus 32,8%, $p = 0,013$). El coste total fue de 3.110 euros en el GC y de 2.679 euros en el GI. No se observaron diferencias estadísticamente significativas según los Clinical Risk Groups (CRG).

CONCLUSIONES

Una intervención multifactorial e interdisciplinar, creada y dirigida desde Atención Primaria, enfocada en cuatro ejes (ejercicio físico, nutrición, revisión de prescripción inadecuada en polimedicados y valoración social), previene el desarrollo de fragilidad en pacientes prefrágiles de edad avanzada, tanto a corto como a largo plazo. Además, mejora la capacidad funcional, la calidad de vida y la adherencia a la dieta mediterránea de estos pacientes.

A pesar de que el GI presenta un mayor grado según agrupación de Clinical Risk Groups y, por tanto, presenta mayor morbilidad, el coste fue inferior que en el GC.

Oferta de actividades preventivas en consulta por residentes de Medicina Familiar y relación con las habilidades comunicacionales

DOI: 10.55783/rcmf.16E1136

Natalia Zafra Ramírez^a

^a Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud. Línea de Investigación en Epidemiología, Salud Pública y Gestión Sanitaria. Universidad de Jaén (España)

RESUMEN

El objetivo de este estudio es intentar conocer cuál es la relación entre la oferta de actividades preventivas en la consulta a demanda por parte del personal médico interno residente de Medicina Familiar y Comunitaria con las habilidades en comunicación clínica. De forma habitual, se realizan grabaciones de las consultas con fines docentes, por lo que no serán precisos otros esfuerzos para participar en este trabajo; con disponer de esta grabación será suficiente. La grabación será custodiada en la Unidad Docente y evaluada de forma confidencial y anónima. Se valorarán las habilidades comunicativas por medio de la escala CICA-2 y se anotarán las actividades preventivas que se hayan realizado en la consulta. Estos datos

se tratarán de forma anónima, aunque se hará llegar un informe personalizado a cada residente sobre sus resultados para que puedan ser incorporados a las competencias docentes propias del mir y a su porfolio.

El estudio aporta una mejora formativa en medicina preventiva, tanto desde un punto de vista de conocimientos como de una mejora de las habilidades comunicativas, ya que permite conocer cuáles son más relevantes para la oferta de las actividades preventivas.

Prescripción de opioides fuertes en el tratamiento del dolor crónico no oncológico por parte de los médicos de familia de Cataluña. Análisis cuantitativo y cualitativo de la prescripción

DOI: 10.55783/rcmf.16E1137

Aina Perelló Bratescu^a

^a Programa de Doctorat Medicina i Recerca Translacional. Universitat de Barcelona (España)

INTRODUCCIÓN

La prescripción de opioides fuertes (OF) es cada vez más habitual en las consultas de Atención Primaria (AP) de Cataluña, con un aumento sostenido de la DHD (dosis/1.000 habitantes/día). Este argumento es especialmente significativo en el dolor crónico no oncológico (DCNO), en el que el tiempo de exposición al fármaco aumenta de manera exponencial los riesgos asociados a su prescripción.

HIPÓTESIS

La prescripción global de OF para el tratamiento del DCNO por parte de los médicos y las médicas de familia (MF) catalanes presenta un patrón de crecimiento sostenidos, con áreas susceptibles de mejora en base a las directivas de las guías de práctica clínica.

OBJETIVOS

Objetivo principal: cuantificar y caracterizar la prescripción global de OF para el DCNO por parte de los y las especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria de Cataluña en el período 2013-2017.

Objetivos secundarios:

- Investigar la prescripción no segura de OF en AP.
- Describir las pautas de prescripción de OF (titulación, dosis de rescate).
- Explorar las relaciones de las/los MF con las unidades de dolor de referencia.
- Describir las dosis y los tipos de OF prescritos en AP y las indicaciones por las cuales se han prescrito.
- Cuantificar el impacto económico de la prescripción de OF en Cataluña.

- Detectar el número de pacientes con dosis de OF por encima de la dosis diaria recomendada (DDD).
- Cuantificar y describir las prescripciones concomitantes de riesgo de los OF.
- Describir las pautas de prescripción y dosis de fentanilo de liberación transmucosa inmediata y las indicaciones por las cuales se ha prescrito.

MATERIAL Y MÉTODOS

En una primera fase, se hizo un estudio descriptivo mediante una encuesta autoadministrada por correo electrónico, enviado a MF socios de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC).

Basándonos en las respuestas de la encuesta, se diseñó un estudio de base poblacional descriptivo, retrospectivo, longitudinal con la obtención de datos anonimizados de prescripción de OF por DCNO (más de 3 meses) de los usuarios de Cataluña mayores de 15 años durante 5 años (2013-2017) por parte de los médicos de familia, con la colaboración de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS) de Cataluña mediante el Programa d'Analítica de Dades per a la Recerca i la Innovació en Salut (PADRIS). En una segunda fase, se seleccionarán pacientes de la base de datos que habían recibido prescripciones concomitantes de riesgo de fármacos depresores del sistema nervioso central con OF (gabapentinoides, benzodiazepinas y antidepresivos) y quienes habían recibido fentanilo de liberación transmucosa inmediata (FATI).

RESULTADOS

De las 3.602 encuestas enviadas, se recibieron 551 respuestas. La gran mayoría (87%) de MF refieren prescribir OF para dolor musculoesquelético. Casi la mitad (48,6%) prescriben FATI. La gran mayoría (78,7%) intenta disminuir las dosis de benzodiazepinas al prescribir OF. Los efectos adversos más habituales que describen al prescribir OF son el estreñimiento y las náuseas. Las principales dificultades que refieren al prescribir OF son su manejo (control de efectos adversos, tolerancia, control del dolor, seguimiento) (71%) y la resistencia al consumo y prescripción por parte de pacientes y profesionales (18%).

La valoración de la interrelación con las unidades de dolor fue de 2 ± 1 (escala 1 al 5), siendo los problemas de comunicación (52,2%) y de accesibilidad (27,1%) los principales puntos de mejora.

De los 22.691 pacientes incluidos en el estudio de base poblacional, 17.509 (77,2%) eran mujeres, 10.585 (46,6%) tenían más de 80 años, y la mayoría tenían ingresos de menos de 18.000 euros el año. La mayoría de pacientes tenían patología musculoesquelética y trastornos psiquiátricos. Se observó una predominancia del fentanilo transdérmico a la DDD por 1.000 habitantes/día, con un máximo incremento de la DDD en el tapentadol (incremento del 312%) en el período estudiado. Se observa un aumento del 66,89% de la DDD total por 1.000 habitantes/día entre 2013 (0,737) y 2017 (1,23). La dosis equivalente de morfina (DEM)/día media de todos los fármacos fue de 83,09 mg. Los OF que supusieron un mayor coste fueron el fentanilo transdérmico y el FATI, siendo el tapentadol el OF con el mayor aumento en el coste durante el período estudiado.

20.534 pacientes (89,7%) habían recibido PC de riesgo. Los hombres y las personas con más ingresos recibieron menos PC de riesgo. Las benzodiazepinas y los fármacos Z fueron prescritos de manera concomitante con OF a 15.883 (70%) pacientes, los antidepresivos a 14.932 (65%) y los gabapentinoides a 11.267 (49%) pacientes. 483 pacientes (21,32%) recibieron FATI (2.266 prescripciones totales) sin un OF de base.

CONCLUSIONES

En base a las encuestas realizadas por las/los MF, sus patrones de prescripción de OF en DCNO se adecuan mayoritariamente a las guías clínicas, a pesar de que existen áreas de mejora, como el uso de FATI. Los MF demandan formación en dolor, perciben resistencias en la prescripción de OF y creen necesario mejorar la relación con las unidades del dolor.

La prescripción de OF por DCNO en la AP de Cataluña ha aumentado de forma sostenida durante el período estudiado, especialmente en pacientes vulnerables (mujeres mayores con pocos ingresos) a dosis altas o muy altas. Los nuevos OF están desplazando otros fármacos.

Un alto porcentaje de pacientes recibieron PC de riesgo con OF con riesgos conocidos, así como FATI por indicaciones no autorizadas.

Relación entre las hormonas tiroideas y el hígado graso no alcohólico en la población general

DOI: 10.55783/rcmf.16E1138

Alba Martínez Escudé^a

^a Programa de Doctorat Medicina i Recerca Translacional. Universitat de Barcelona (España)

INTRODUCCIÓN

El hígado graso no alcohólico es la hepatopatía más prevalente. Afecta a una cuarta parte de la población mundial. Está estrechamente vinculada con la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2. Las hormonas tiroideas se han asociado con el hígado graso no alcohólico en los últimos años, dada la estrecha relación con el síndrome metabólico y la resistencia a la insulina. Por este motivo, el objetivo principal de esta tesis es investigar la relación entre las hormonas tiroideas/función tiroidea y el hígado graso no alcohólico en población general.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han llevado a cabo tres estudios descriptivos, transversales, multicéntricos y de base poblacional. En el primer estudio se incluyeron sujetos ≥ 45 años adscritos a centros de Atención Primaria (AP) de Cataluña, procedentes de la base de datos del Sistema de Investigación para el Desarrollo de la Investigación en Atención Primaria (SIDIAP), seleccionados de forma estratificada por edad, sexo y unidad productiva. En el segundo y tercer estudio se incluyeron personas de 18 a 75 años, de centros de Atención Primaria (CAP) del Barcelonés Norte y Maresme, seleccionados aleatoriamente. Los criterios de exclusión generales fueron: hepatopatías previamente diagnosticadas, patologías crónicas avanzadas, institucionalización y exitus. La recogida de datos fue desde 2009 a 2019.

RESULTADOS

Se incluyeron 10.116 individuos en el primer estudio, 1.096 en el segundo y 2.452 en el tercero. El hipotiroidismo, la función tiroidea normal-baja y los valores de la hormona estimulante del tiroides (TSH) $\geq 2,5$ $\mu\text{UI/mL}$ se asociaron a cifras más elevadas de índice de masa corporal (IMC) y triglicéridos. La función tiroidea normal-baja y los niveles de TSH $\geq 2,5$ $\mu\text{UI/mL}$ presentaron con mayor frecuencia obesidad (global y abdominal), síndrome metabólico, hígado graso no alcohólico y fibrosis hepática. Los niveles de TSH altos y de tiroxina bajos se vincularon con las cifras de aspartato aminotransferasa; la función tiroidea normal-baja con los valores de alanino aminotransferasa, y los niveles de TSH $\geq 2,5$ $\mu\text{UI/mL}$ con la prevalencia de hipertransaminasemia. Los sujetos con hígado graso no alcohólico o fibrosis hepática obtuvieron niveles de TSH superiores. El hipotiroidismo no fue un factor de riesgo independiente para el hígado graso no alcohólico. La función tiroidea normal-baja, en personas eutiroideas, se relacionó con un incremento del riesgo de fibrosis hepática, de forma dependiente a los parámetros del síndrome metabólico, mientras que las personas con niveles de TSH $\geq 2,5$ $\mu\text{UI/mL}$, en población general, se vincularon con un mayor riesgo de presentar hígado graso no alcohólico y fibrosis hepática, de forma independiente a la presencia del síndrome metabólico.

CONCLUSIONES

Los niveles de TSH se asocian con el hígado graso no alcohólico y la fibrosis hepática.