

VII PREMIOS DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Se presentan los resúmenes de los estudios seleccionados en los “VII Premios de Investigación en Atención Primaria de la Revista Clínica de Medicina de Familia”, celebrados los días 29 y 30 de noviembre de 2019 en Ciudad Real

PRIMER PREMIO

Valor pronóstico de la obesidad en los eventos cardiovasculares en una cohorte de origen poblacional

Ponce García I, Panisello Royo JM, Carbayo Herencia JA, Monedero La Orden J y Divisón Garrote JA

Centro de Salud de Alcadozo.
Albacete
Fundación para el fomento de la
Salud Quirón Salud. Albacete
Hospital Almansa
Centro de Salud de Casas-
Ibañez. Albacete
Correo electrónico:
isabelponce81@hotmail.com

Objetivo

Conocer la supervivencia y el valor pronóstico de la obesidad para los primeros eventos cardiovasculares en una muestra representativa de una provincia española.

Diseño

Estudio de cohortes prospectivo en una muestra procedente de población general, con una media de seguimiento de 19,0 años (DE: 5,4). Se realizaron tres exámenes: (1º) 1992-1994, (2º): 2004-2006; (3º): 2014-2016. El muestreo fue aleatorio, estratificado y bietápico. Se calculó la probabilidad de supervivencia por el método de Kaplan-Meier y la diferencia entre los grupos mediante la prueba de rangos logarítmicos. La predicción de la obesidad sobre la aparición de primeros eventos cardiovasculares se ha realizado mediante la regresión de Cox. Las variables para el ajuste fueron: edad, sexo, HTA, DM, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, cHDL, estado de fumador y grandes grupos de IMC.

Emplazamiento

Centros de salud del INSALUD/SESCAM.

Participantes

Habitantes de una provincia castellano-manchega ≥ 18 años. Marco muestral: censo.

Mediciones principales

Se les realizó toma de presión arterial, peso y talla, junto con una encuesta estructurada (edad, sexo, antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, antecedentes personales de HTA, DM, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia y tabaquismo) y análisis (glucosa, colesterol total, cHDL y triglicéridos). Se consideró eventos todas las primeras manifestaciones de enfermedad cardiovascular (ECV) y fallecimientos acontecidos: insuficiencia cardiaca, ángor de cualquier tipo, infarto de miocardio, ictus, arteriopatía periférica de miembros inferiores y fallecimientos por ECV.

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



Resultados

De los 1322 participantes en el primer estudio, 1171 sujetos cumplieron criterios de inclusión. La probabilidad de supervivencia, al valorar los eventos CV en sujetos con normopeso, sobrepeso, obesidad grado 1 y mayores grados de obesidad, fue de 86,3 %, 76,5 %, 71,5 % y 56,1 % respectivamente ($p < 0,001$); para el combinado morbilidad cardiovascular-mortalidad global (MbCV-MG): 81,1 %, 67,8 %, 63,4 % y 46,4 % ($p < 0,001$). Tras el ajuste, se observó que un $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ multiplicaba la ocurrencia de los eventos CV por 1,81 (HR: 1,81; IC

del 95 %: 1,10-2,98; $p=0,019$) y el combinado MG-MbCV por 1,88 (HR: 1,88; IC del 95 %: 1,25-2,83; $p=0,003$) respecto al con normopeso.

Conclusiones

Los participantes con un $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ presentan una menor supervivencia y un valor pronóstico desfavorable para los eventos CV y el combinado MG-MbCV. En los sujetos con obesidad 2, 3 y 4 se aprecia una morbimortalidad CV un 80,9 % superior a los que tienen normopeso. En el combinado MG-MbCV, un 88 %.

ACCESIT

Validación del espirómetro digital *Air Smart Spirometer* con *smartphone* en una consulta de Atención Primaria

Yuste Martínez B, Piedra Castro R, Sánchez-Seco Toledano P, Sáez Gil e, García García A y Alonso Calleja J

Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara
Correo electrónico:
rpiedrac@gmail.com

Objetivo

Evaluar la concordancia de los parámetros funcionales medidos con *Air Smart Spirometer* y la espirometría convencional.

Diseño

Estudio descriptivo, transversal de evaluación de pruebas diagnósticas.

Emplazamiento

Centro de Salud urbano.

Participantes

Seleccionados 107 pacientes de ambos sexos sin enfermedad pulmonar previa.

Mediciones principales

A todos se les realizó espirometría convencional (Datospir Micro) y espirometría con *Air Smart Spirometer* enlazado a un *Smartphone* (iPhone 7). Selección de la primera prueba aleatoria en cada caso. Variables: Antropométricas; Espirométricas FEV1 (volumen espiratorio forzado segundo 1), FVC (capacidad vital forzada), FEV1/FVC, PEF (flujo espiratorio pico) y tiempo de espiración. El diagnóstico de obstrucción fue FEV1/FVC inferior a 0,70.

Resultados

Edad media de 49 años. 64,49 % eran hombres. Un 23,36% presentó obstrucción con espirometría convencional (17,76 % air smart spirometer). El *Air Smart spirometer* detectó obstrucción en 19 de los 25 pacientes con prueba positiva en el espirómetro datospir. Respecto al FEV1, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambas pruebas. FVC fue superior en el espirómetro convencional. El cociente FEV1/FVC fue superior en el análisis con *Air Smart Spirometer*.

Conclusiones

El *Air Smart Spirometer* es preciso para detectar obstrucción de la vía aérea. Los resultados sugieren que podría usarse como herramienta de *screening* de obstrucción pulmonar funcional en la consulta de Atención Primaria.

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



PREMIO AL MEJOR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Relación entre la toma de fármacos anticolinérgicos y el aumento de la mortalidad y los ingresos hospitalarios en personas entre 65 y 80 años. Seguimiento de una cohorte de pacientes demandantes de un servicio de urgencias de un área de salud

Gómez Caverzaschi V, Moreno Duaso S, Bautista Oropesiano M, Toledano Sierra P y Orueta Sánchez R

Hospital Virgen de la Salud.
Toledo
Centro de salud de Sillería.
Toledo
Correo electrónico:
marta_bau@hotmail.com

Objetivo

Principal. Evaluar si el consumo de fármacos anticolinérgicos aumenta el riesgo de ingreso hospitalario y de mortalidad en personas de 65 a 80 años de edad a medio plazo (3 años) y conocer la validez de las distintas escalas de riesgo anticolinérgico existentes como predictoras de dichos efectos.
Secundarios. Conocer la prevalencia de consumo de fármacos anticolinérgicos y carga anticolinérgica según distintas escalas existentes en la población estudio. Conocer la prevalencia de consumo y características de la medicación potencialmente inapropiada en la población estudio.

Material y Métodos

Diseño: Estudio analítico de cohortes. Cohortes elaboradas en función de la carga anticolinérgica a la que los pacientes están sometidos.

Lugar de realización: Área de Salud de Toledo.

Criterios de selección:

-De inclusión: pertenecer a la población diana.
-De exclusión: No cumplir criterios de inclusión, alguna patología que haga prever un desenlace fatal a corto plazo, alguna limitación que impida el consentimiento o rechazar.

Número de sujetos necesarios: 456 participantes (nivel de confianza 95 %, potencia 80 %, pérdidas estimadas 10 %, mortalidad esperada según INE 6 %, considerando clínicamente relevante su duplicación).

Muestreo: probabilístico, por conglomerados (días aleatorios en 6 meses).

Mediciones e intervenciones, variables que se estudiarán:

Dependientes:

-Muerte de paciente (durante estudio de 3 años).
-Ingreso hospitalario: por cualquier circunstancia durante estudio (3 años), dicotómica y cuantitativa.

Independientes:

-Edad
-Sexo
-Morbilidad crónica (patologías y número)
-Fármacos: principios activos consumidos (según ATC) y número. De esta los principios activos con acción anticolinérgica y número.

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



-Carga anticolinérgica: a través de escalas AAS, ABC, ACB, ADS, ALS, ARS, CrAS, Chew, DBI y Duran.

-Criterios STOPP: si incumple, los incumplidos y número.

-Ingreso hospitalario: en el momento de ser atendido. Al alta nuevos fármacos, nueva carga anticolinérgica y criterios STOPP.

Mediciones e intervenciones: Medición de la carga anticolinérgica de los fármacos de la población estudio. No se realizará intervenciones sobre los pacientes.

Análisis estadístico: mediante programa SPSS.

Descripción de variables a través de distribución de frecuencias y de medidas de tendencia central y dispersión, así como sus intervalos de confianza y con pruebas no paramétricas (si no normalidad). Según resultados en las escalas se establecerán cohortes de seguimiento en función de carga anticolinérgica. Su validez como predictoras de hos-

pitalización y mortalidad a los 3 años a través del cálculo de riesgos relativos.

Limitaciones: Subjetividad de las escalas de carga anticolinérgica y tiempo de seguimiento. Dado el objetivo principal del estudio, la selección de la población diana no supone un sesgo.

Aplicabilidad de los resultados esperados

Conocer y mejorar la prescripción de fármacos anticolinérgicos para conseguir mayor seguridad del paciente y concienciar a los facultativos de la importancia de revisar periódicamente la medicación de los enfermos para evitar aquellos que supongan riesgo.

Aspectos ético-legales

Se solicitará la aprobación del protocolo por el correspondiente Comité Ético de Investigación. Se solicitará consentimiento informado.

OTROS ESTUDIOS PRESENTADOS

Consumo de benzodiazepinas en ancianos de una zona básica de salud

Díaz Elbal JL, León Marín AA y Angora Mazuecos F

Hospital general universitario de Ciudad Real. Ciudad Real

Correo electrónico:
juanluisdiel@gmail.com

Objetivo

Describir la prevalencia de consumo de benzodiazepinas en población anciana, estudiar los factores relacionados y el patrón de dicho consumo.

Diseño. Emplazamiento. Participantes.

Estudio descriptivo de carácter retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes mayores de 65 años de un cupo de una zona básica de salud urbana.

Se estableció como criterio de inclusión el ser mayor de 65 años. Se excluyeron pacientes con historias clínicas sin información suficiente. Se incluyeron todos los pacientes que cumplieron los criterios de selección $n=314$.

Mediciones principales

Sexo, edad, estado civil, autonomía del paciente, demanda asistencial, fumador, consume alcohol, consume benzodiazepinas, desde cuándo, motivo de prescripción, tiempo de consumo, vida media de la BZD, caídas desde entonces, dolor, insomnio, enfermedades crónicas (HTA, dislipemia, diabetes), consumo de otros psicótopos, número de fármacos.

Resultados

Las prevalencias de consumo de BZDs y de insomnio en la población estudiada fueron de un 16,9 % (IC 95 %: 12,9-21,4) y 15,3 % (IC 95 %: 11,4-19,7), respectivamente. Se asociaron significativamente al consumo: el insomnio, el sexo femenino, la edad, autonomía del paciente, depresión, dolor, hipertensión, dislipemia, obesidad, otros fármacos psicotrópicos. De entre ellos destacan insomnio (OR: 123,97), depresión (OR: 17,67), el número de fármacos (OR: 1,15) y la frecuentación ($p=0,01$). Destaca la asociación del consumo de BZDs con alcohol, OR: 1,63 (IC 95 %: 0,725-3,694) y tabaco, OR: 1,63 (IC 95 %: 0,617-4,287), no siendo esta significativa en nuestro estudio.

Conclusiones

La prevalencia de consumo de benzodiazepinas es elevada. El insomnio es el factor que más se relaciona con dicho consumo. No se encontró relación estadísticamente significativa con tabaco o alcohol. Los pacientes que consumen benzodiazepinas toman mayor número de fármacos y visitan más al médico.

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



Tabaquismo pasivo y nuevas formas de consumo de tabaco en adolescentes

Del Campo Giménez M, de la Ossa Moreno M, Morena Rayo S, González Céspedes MD, Martínez de la Torre C y Villena Ferrer A

Centro de Salud de La Roda.
Albacete.
Centro de Salud de Noblejas.
Toledo.
Centro de Salud de Hellín.
Albacete.
Gerencia de Atención Integrada
de Albacete.

Correo electrónico:
mariadelcampogimenez@gmail.
com

Objetivo

Describir opiniones y actitudes de alumnos de 1º de E.S.O. respecto al tabaquismo pasivo y al uso de nuevas formas de consumo de tabaco, así como analizar sus factores asociados.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Centros de enseñanza secundaria de Castilla-La Mancha..

Participantes

967 adolescentes que cursaban 1º E.S.O. de tres provincias de Castilla-La Mancha.

Mediciones principales

Mediante encuesta anónima se valoraron aspectos sociodemográficos, hábitos de salud, percepciones y actitudes sobre tabaquismo pasivo y consumo de tabaco, pipa de agua y cigarrillo-electrónico.

Resultados

Edad media 13,3 años (DE: 0,6). Un 19,2 % (IC 95 %: 16,7-21,8) estaba expuesto al humo de tabaco en casa. Tenía algún familiar fumador el 47,6 % y 12 % la mayoría de amigos fumadores. Un 87,7 % prohibiría fumar en locales cerrados, 73,9 % en recintos deportivos abiertos, 89,8 % en los coches, 74,5 % en paradas autobús y 86,5 % en playas, siendo significativamente superior la proporción favorable a estas prohibiciones en no fumadores ($p<0,01$) y en aquellos sin un familiar fumador ($p<0,01$). El 5,8 % (IC 95 %: 4,3-7,3) fumaba tabaco al menos mensualmente y 13,3 % pipa de agua (IC 95 %: 11,1-15,5). Un 22,8 % había probado la pipa y 20,0 % el cigarrillo-electrónico. Mediante regresión logística, resultaron variables asociadas a fumar pipa de agua al menos mensualmente: exposición al humo domicilio (OR: 1,775), tener su mejor amigo fumador (OR: 4,204), consumir alcohol (OR: 6,035), fumar cigarrillos convencionales (OR: 3,426) y haber probado el cigarrillo-electrónico (5,364).

Conclusiones

Es frecuente la exposición al humo del tabaco en los adolescentes tanto en su entorno familiar como de amigos o en su domicilio, sin embargo la mayoría están de acuerdo con prohibir fumar en lugares públicos. La prevalencia de uso de pipa de agua duplica la de cigarrillos. Fumar cigarrillos se asocia tanto al consumo de pipa de agua como a una opinión menos favorable a prohibir fumar en lugares públicos. Es necesaria la información a los adolescentes desde edades tempranas sobre el riesgo del tabaquismo pasivo, activo y las nuevas formas de consumo.

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



Tratamiento farmacológico y su pertinencia en personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) estable en Atención Primaria

Picazo Cantos J, Moro Lago I, Pérez Griñán L, García Mendoza VA, Martínez Gabaldón G y Martínez Ruiz M

Centro de Salud Zona 5b.
Albacete
Correo electrónico: juanmtellez@gmail.com

Objetivo

Evaluar la prescripción farmacológica y su adecuación en pacientes con EPOC registrada en una zona básica de salud (ZBS), según los estándares de la guía GesEPOC-2017. Identificar potenciales factores asociados.

Diseño, emplazamiento, participantes y mediciones

Estudio transversal de 186 sujetos. Muestreo aleatorio sistemático de todos los sujetos (616) \geq 40 años de una ZBS con diagnóstico registrado de EPOC (clasificación CIE-9 y CIAP-2) (proporción esperada desconocida con adecuado tratamiento -50 %-, nivel de confianza 95 %, precisión \pm 6 %). Revisión de historias clínicas. Variable dependiente: adecuación del tratamiento con EPOC estable, según estratificación del riesgo guía GesEPOC 2017, se añade inadecuación por ausencia de registros. Variables independientes: sociodemográficas, fármacos, sistemas de inhalación, nivel seguimiento, Índice de Charlson, polimedicación, tabaquismo y frecuentación médica/último año. Relación adecuación del tratamiento con variables condicionantes. Análisis bivariante: prueba chi cuadrado. Aprobado por el CEIC.

Resultados

Sujetos incluidos 169 (9,1 % excluidos por errores diagnósticos). Hombres 71 %, edad media 73,5 años (DE: 11,2). Sistema más usado: presurizado (44,4 % de casos -21,3 % ICP convencional-). Fármacos más prescritos: anticolinérgicos (LAMA) con beta2adrenérgicos de acción prolongada (LABA) (37,9 %, indacaterol/glicopirronio representa el 64,1 %), LAMA 37,3 % (tiotropio 61,9 %) y LABA con corticoides inhalados 37,3 % (budesonida/formoterol el 38%). Antecedentes de tabaquismo en el 85,8 % (28,4 % activos). Disnea grado \geq 2 en 28,9 % de sujetos, 2 o más reagudizaciones en el 33,1 % de casos y FEV1 grave o muy grave en el 14,8%. Sujetos con riesgo alto 27,2 %. El tratamiento farmacológico resultó adecuado en el 48,6% (IC 95 %: 41,1-56,0) de los casos. Variables asociadas con la prescripción adecuada ($p < 0,05$): tener diagnóstico médico hospitalario, visitas hospitalarias ≥ 6 en el último año y presentar ≥ 2 agudizaciones/último año.

Conclusiones

Menos del 50 % de los sujetos presenta un tratamiento adecuado, parece que asociado a más agudizaciones y valoración en medio hospitalario, y posiblemente a deficiencias en registros. Sería necesaria más implicación del médico de familia en la mejora de estos resultados.

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



Morir en casa o en hospital. ¿Hay diferencias?

Sánchez de Mora Parody MT y Vera Martínez AI

Centro de Salud Cuenca II.
Cuenca
Hospital virgen de la Luz. Cuenca

Correo electrónico: teresa.
sanchez.de.mora@gmail.com

Objetivo

Evaluar el lugar de fallecimiento de usuarios de una unidad de cuidados paliativos (domicilio/hospital) y su relación con el entorno(ámbito rural/urbano).

Metodología

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo con datos entre los años 2016 y 2018. Se elaboró una base de datos mediante el programa EXCEL del número de fallecidos según el lugar (domicilio/hospital) y procedencia (zona rural/urbana), realizando los análisis con EPIinfo.

Resultados

Fallecieron 477 personas, de las cuales esto ocurrió en 386 casos (80,9 %) en domicilio y 91 (19,1 %) en hospital. Del total de pacientes fallecidos, el 56,2 % pertenecían a una zona rural y el 43,8 % a una zona urbana. En la zona rural el 83,6 % falleció en su domicilio y el 16,4% en hospital, mientras que en la zona urbana, al 77,5 % le ocurrió en el domicilio y 22,5 % en hospital. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el análisis global bivariante (Chi-2) respecto al fallecimiento en el domicilio en función del ámbito (rural o urbano).

Conclusiones

Existe una relación entre morir en domicilio y vivir en ámbito rural, aunque no hemos encontrado diferencias significativas en las probabilidades, probablemente por muestra insuficiente. Nuestros resultados coinciden con otros que describen que los pacientes de área rural prefieren fallecer en casa y los urbanos, al tener mejor acceso a los servicios hospitalarios, en hospital. Los fallecimientos en domicilio están relacionados con la existencia de un buen entorno familiar capaz de asumir cuidados, soporte socio sanitario adecuado, buena comunicación con el equipo y coordinación adecuada con atención primaria, entre otros.

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



Precauciones estándar, ¿las llevamos a cabo?

Sánchez de Mora Parody MT, Carralero Palomero MC y Silva Contreras J

Centro de Salud Cuenca II.
Cuenca.
Servicio de Preventiva. Hospital
virgen de la Luz. Cuenca.

Correo electrónico:
teresa.sanchez.de.mora@gmail.
com

Objetivo

Las Precauciones Estándar (PE) son las medidas más efectivas para reducir las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS). Evaluamos el grado de cumplimiento de Higiene de Manos (HM) (5 momentos de la OMS) y utilización del Equipo de Protección Personal (EPP).

Metodología.

Estudio observacional transversal al Personal Sanitario (PS) de manera voluntaria, entre abril y mayo de 2018 en siete plantas hospitalarias, participando tres observadores. La hoja de recogida de datos se basó en recomendaciones de la OMS, índice kappa >0,8. Se utilizó SSPS 12.0, Chi-cuadrado y OR (IC 95 %).

Resultados

De 325 actuaciones, el 78,8 % (256) fueron en plantas médicas y 21,2 % (69) en quirúrgicas. 83,7 % (272) fueron mujeres. El PS observado fue: 17,2 % (56) médicos, 40 % (130) enfermeros y 42,8 % (139) otros. El 27,7 % (90) tenían < 30 años, 46,5 % (151) entre 31-45 años y 25,8 % (84) > 45 años. Registramos 768 oportunidades para HM, no realizadas el 58,8 % (398); no realizado Antes de entrar en Contacto (AC) el 58,2 % (189), ni al terminar el contacto (DC) el 48,6 % (158). El PS requirió EPP en el 27,1 % (88) de las actuaciones. Se utiliza guantes en 159 ocasiones dónde no se desecharon tras su uso el 24,3 % (44); se requiere bata en 78 ocasiones dónde no se desechó tras su uso 25,6 % (20). El 54,5 % (42) de las veces que se entró en contacto con fluidos corporales no se utilizó mascarilla. Fue estadísticamente significativo: No realizar HM por hombres (OR: 2,0; IC 95 %: 1,1-3,9); No realizar HM AC en >45 años (OR: 3,2; IC 95 %: 1,8-5,7); No realizar HM DC en >45 años (OR: 1,9; IC 95 %: 1,2-3,2); No realizar HM DC en plantas quirúrgicas (OR: 2,0; IC 95 %: 1,2-3,5); En médicos, No realizar HM AC (OR: 4,6; IC 95%: 2,2-9,9) y HM DC (OR: 3,2; IC 95 %: 1,7-6,0).

Conclusiones

Las PE no se llevan a cabo correctamente, siendo un factor de riesgo: ser médico, hombre, trabajar en plantas quirúrgicas o > 45 años. Las causas podrían ser: baja percepción de riesgo, elevada carga asistencial o carencia formativa. Aumentar los programas de formación continua y el uso de soluciones alcohólicas reduce las IRAS.

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



Vitamina D en una consulta de obesidad infantil

Sánchez de Mora Parody MT, Espadas Maciá D y García Notario P

Centro de Salud Cuenca II.
Cuenca.
Servicio de Preventiva. Hospital
virgen de la Luz. Cuenca

Correo electrónico:
teresa.sanchez.de.mora@gmail.
com

Objetivo

Describir la prevalencia de deficiencia de vitamina D (VD) en pacientes pediátricos con sobrepeso/obesidad, además de relacionar los niveles de vitamina con parámetros auxológicos y analíticos.

Diseño, emplazamiento, participantes y mediciones

Estudio transversal y descriptivo formado por pacientes pediátricos en una consulta de obesidad desde mayo del 2015 hasta junio 2017. Calculamos el IMC (kg/m^2), clasificamos según el Z-score en: sobrepeso ≥ 1 , obesidad leve ≥ 2 , obesidad grave ≥ 3 , perímetro abdominal. Realizamos análisis de VD, glucosa en ayunas, insulina basal, perfil lipídico; calculamos HOMA. Catalogamos como déficit los valores de vitamina D < 20 ng/ml, insuficiencia 20-30 ng/ml y suficiencia > 30 ng/ml.

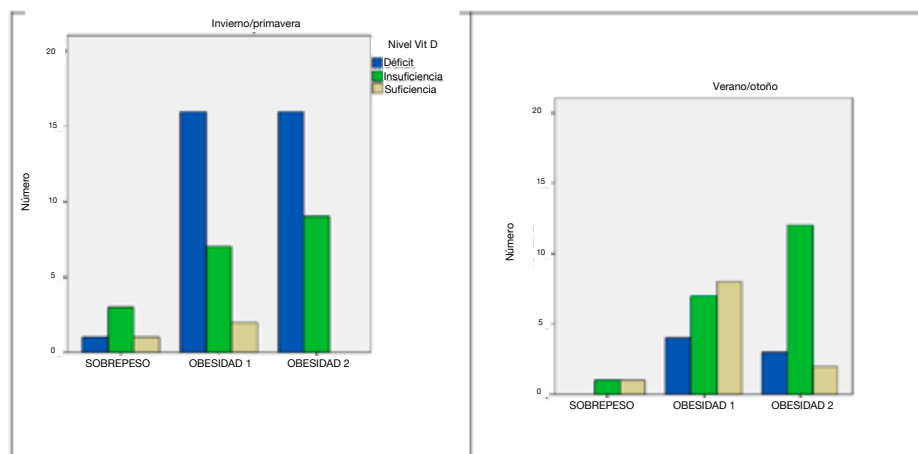
Resultados

Incluimos 93 niños con una edad media 11,45 años (5,66-16,15), siendo el 54,8 % niños y 45,2 % niñas. Los grados de vitamina D se distribuyeron de la siguiente forma, 43 % déficit, 41,9 % insuficiencia y 15,1 % suficiencia, existiendo diferencias significativas en función del periodo estacional, agrupados en invierno/primavera y verano/otoño ($p < 0,05$).

Existió correlación inversa significativa ($p < 0,05$) entre los niveles de vitamina D y el Z-score perímetro abdominal, insulina en ayunas y el índice HOMA

Conclusiones

Existe una elevada prevalencia de déficit de vitamina D en la población obesa infantil, con más riesgo durante los meses de menor radiación/exposición solar. Existe una relación inversa significativa entre los niveles de vitamina D y, el perímetro abdominal y la insulino-resistencia.



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



Frecuencia de exacerbaciones en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y adecuación del uso de antibióticos en Atención Primaria

Peréz Griñán I, Picazo Cantos J, García Mendoza VA, Moro Lago I, Martínez Gabaldón G y Martínez Ruiz M

Centro de Salud Zona 5b de
Albacete. Albacete
Centro de Salud La Roda.
Albacete

Correo electrónico:
juanmtellez@gmail.com

Objetivo

Determinar la frecuencia y perfil de pacientes con reagudizaciones de EPOC. Evaluar la prescripción y adecuación de antibióticos en las exacerbaciones. Identificar potenciales factores asociados.

Diseño, emplazamiento, participantes y mediciones

Estudio transversal de 169 sujetos. Muestreo aleatorio sistemático de pacientes de una Zona Básica de Salud con EPOC (clasificación CIE-9 y CIAP-2) (616) \geq 40 años (proporción esperada 50 %, nivel de confianza 95 %, precisión \pm 6 %). Revisión de historias. Variables dependientes: Proporción de EPOC con reagudizaciones en el último año y su gravedad. Antibióticos prescritos en exacerbaciones (clasificación ATC) y adecuación de su uso (estándares GesEPOC 2017). Variables independientes: sociodemográficas, tabaquismo, Índice de Charlson, polimedicación (\geq 5 fármacos), uso de servicios sanitarios, nivel de seguimiento, tiempo de evolución, características clínicas de las agudizaciones, médico prescriptor. Factores asociados a agudizaciones y uso de antibióticos mediante análisis bivariante.

Resultados

Sujetos evaluados 169. Al menos una agudización 110 sujetos (65,1 %; IC 95 %: 57,6 -71,8). Hombres 73,6 %, edad media 74,4 años (DE: 10,8). Presentaron 212 agudizaciones, media 1,9 (DE: 1,2), gravedad moderada/severa 66,5 %. Solo se asoció a presentar agudizaciones tener \geq 3 visitas a urgencias hospital/último año. Han sido prescritos 183 antibióticos en el 76,9 % de las agudizaciones (163 de 212), es decir en el 83,6 % de sujetos, media de 1,9. Quinolonas los más prescritos 43,2 % (95 % levofloxacino) y b-lactámicos 26,8 % (61,2 % amoxicilina-clavulánico). En el 75,4 % de los casos indicados por médico de familia. Uso adecuado de antibióticos en el 38,3 % de las prescripciones, inadecuado 45,9 %, resto no fue posible evaluar. Factores asociados al uso inadecuado: comorbilidad alta, estar polimedicado, médico de familia prescriptor, \geq 2 agudizaciones/año y agudizaciones leves.

Conclusiones

Alta frecuencia de agudizaciones. En 3 de cada 4 casos se usó antibiótico, con alta proporción de levofloxacino. Resultó prescripción adecuada en un tercio de los casos. Destaca la potencial implicación del médico de familia en estos resultados, necesario confirmar para implementar mejoras de prescripción.

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



Evaluación del impacto de un sistema de interconsulta no presencial en la mejora de la comunicación y continuidad asistencial entre profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria

Torres Consuegra J y León Martín AA

Centro de Salud Ciudad Real 1
(consultorio de Poblete). Ciudad Real
Gerencia de Atención Integrada
de Ciudad Real. Ciudad Real

Correo electrónico:
aaleon@sescam.jccm.es

Objetivo

Evaluar la implantación de un sistema de interconsulta no presencial en la mejora de la comunicación y continuidad asistencial entre profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria en las especialidades de digestivo y reumatología.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

3 Zonas Básicas de Salud.

Participantes

Todos los médicos de los Centros de Salud incluidos en el estudio.

Mediciones principales

Número de interconsultas virtuales y presenciales, especialidad consultada, resolución interconsulta, tiempo de respuesta, motivo de interconsulta y dimensiones encuesta de satisfacción.

Resultados

Se han recibido 161 interconsultas en los meses de Enero a Junio de 2019, 91 del Centro de Salud 1, 56 del Centro de Salud 2 y 14 del Centro de Salud 3. De las 161 interconsultas 103 han sido al servicio de digestivo y 58 a reumatología. Los motivos de consulta más frecuentes son la anemia ferropénica (9,9 %) y patología del raquis (18,6 %) para las especialidades de digestivo y reumatología respectivamente. El 40 % de las consultas realizadas al servicio de digestivo han sido resolutivas evitando el desplazamiento. El tiempo medio de respuesta en el 100 % de los casos es inferior a 10 días. El número de derivaciones presenciales ha disminuido en relación al mismo periodo del año anterior de 633 a 546 para la especialidad de digestivo y de 622 a 601 para la especialidad de reumatología. La encuesta de satisfacción a profesionales ha obtenido una tasa de respuesta del 100 % en los Centros seleccionados (n=19). En una escala numérica de 1 a 10 la satisfacción general en los encuestados fue de 7,5 (DE: 1,5), la satisfacción con Mambrino XXI de 7 (DE: 1,96), la satisfacción media para digestivo fue de 8,5 (DE: 1,5) y para reumatología 7,7 (DE: 1,45).

Conclusiones

El sistema de interconsulta virtual es altamente resolutivo. La evaluación de la satisfacción de los profesionales con la interconsulta es favorable, mejorando la comunicación entre profesionales sanitarios de niveles asistenciales diferentes, así como la continuidad asistencial.

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



Evolución de la función renal en el anciano joven. Estudio a cuatro años

Blázquez Alcázar D, Arriola Hernández M, Bautista Oropesiano M, Moreno Pérez L, Orueta Sánchez R y Alonso Moreno FJ

Centro de Salud de Sillería.
Toledo
Hospital Virgen de la Salud.
Toledo

Correo electrónico:
davidmed2014@gmail.com

Objetivo

Estudiar la evolución de la función renal en el anciano joven en un periodo de cuatro años.

Diseño

Observacional, descriptivo, longitudinal.

Emplazamiento

Centro de Salud urbano.

Participantes

Población de entre 65 y 74 años asignado a un Centro de Salud.

Mediciones principales

Creatinina y filtrado glomerular según CKD-EPI. Además, variables sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular y número de enfermedades crónicas y fármacos.

Resultados

La muestra inicial fueron 557 pacientes con un 12,9 % de pérdidas al final del estudio. Al inicio, edad media de 68,9 años, con un 55,1 % de mujeres. La creatinina media evolucionó desde 0,87 mg/dl (IC 95 %: 0,83-0,91) a 0,94 (IC 95 %: 0,87-0,99) ($p < 0,05$). El filtrado glomerular medio desde 79,1 ml/min (IC 95 %: 77,9-80,4) a 74,65 (IC 95 %: 73,3-76,0) ($p < 0,001$), con una reducción media de 4,3 ml/min (IC 95 %: 3,4-5,2). En el corte inicial 10,2 (IC 95 %: 7,7-12,7) presentaban IRC, pasando dicha cifra al 15,3 % (IC 95 %: 12,1-18,5) al final, encuadrándose todo el aumento en el estadio 3. En el análisis bivariable se encontró asociación entre una mayor disminución de filtrado y la presencia de HTA ($p < 0,05$), número de patologías ($p < 0,01$) y el sexo femenino ($p < 0,05$). Sin embargo, en el análisis multivariante sólo el sexo femenino se mantuvo con una asociación significativa ($p < 0,05$) y la HTA casi significativa ($p < 0,1$), pero con diferencias clínicamente irrelevantes.

Conclusiones

En ancianos jóvenes, la función renal parece presentar una muy lenta reducción a lo largo del tiempo. Podría plantearse el espaciamiento de las determinaciones de dicha función renal en la población general de este grupo de edad.

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



Elección de especialidades en el MIR por los graduados en Medicina de la Universidad de Castilla-La Mancha del nuevo plan de estudios

Nieves Sanchis MA, García de Enterría Ramos I, Fernández Pérez MJ, Bernad Carbonell F, Ayuso Raya MC y Escobar Rabadán F

Centro de Salud Zona IV de
Albacete. Albacete

Correo electrónico:
mangelnievess@gmail.com

Objetivo

Conocer las especialidades elegidas por los graduados en Medicina de la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM) en los años 2016 a 2018 en la oposición MIR de 2017, 2018 y 2019.

Diseño

Análisis de datos secundarios.

Emplazamiento

Búsquedas en Internet.

Participantes

Graduados en medicina del nuevo plan de estudios de la UCLM que han elegido plaza en el MIR.

Mediciones principales

A través de la web del Ministerio de Sanidad se obtuvo: especialidad y provincia elegidas, sexo y número obtenido en la oposición. Mediante búsqueda en Google se identificaron los graduados de las Facultades de Medicina de Albacete y Ciudad Real. El análisis ha sido realizado con SPSS 25.0, y ha consistido en estadística descriptiva, comparación de proporciones y medianas, y análisis de Kaplan-Meier.

Resultados

Obtuvimos información de 397 graduados (252 de Albacete, 145 de Ciudad Real). Un 65,7 % eran mujeres, sin diferencias estadísticamente significativas (NS) por facultad. El 93,2 % (IC 95 %: 90,6-95,8) obtuvieron plaza al año de graduarse, NS por facultad. La mediana del número de orden en la oposición fue 2789 (rango intercuartílico (RI): 873,75-4404,25) y 2680 (RI: 1511,5-5062,5), respectivamente en Albacete y Ciudad Real (NS). Eligieron plaza en la región 42,3 % (IC 95 %: 37,3-47,3) (NS por facultad). Existían diferencias significativas ($p < 0,0001$) para mayor elección en Comunidad Valenciana/Murcia para los de Albacete (25 % vs 6,9 %), y Madrid/Andalucía para los de Ciudad Real (40,7 % vs 22,6 %).

Un 24,9 % (IC 95 %: 20,6-39,3) eligió Medicina de Familia (MF), NS por facultad. La mediana para la elección de MF para los graduados de Albacete fue 5866 (IC 95 %: 5334,6-6397,4) vs 6099 (IC 95 %: 5578,3-6619,7) en Ciudad Real (NS).

Conclusiones

Los resultados obtenidos en el examen MIR de los estudiantes de las Facultades de Medicina de Albacete y Ciudad Real son muy similares. También hay coincidencia en cuanto al porcentaje de elección de MF, por debajo de la oferta de plazas para esta especialidad.

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



Educación para la salud desde las salas de espera de Atención Primaria

Ortega Romero MI, Camacho Horta MD, Cervantes Torres L y Arévalo Frutos IM

Centro de Salud I. Ciudad Real

Correo electrónico:
ortegamaria96@hotmail.com

Objetivo

Conocer aquellos temas de salud sobre los cuales los pacientes desean ser informados mientras esperan para ser atendidos.

Métodos

Un estudio descriptivo transversal fue llevado a cabo en una muestra por conveniencia de 100 pacientes que esperaban a ser atendidos en un Centro de Salud de Ciudad Real. Como instrumento de recogida de datos se empleó un cuestionario anónimo original y específico. El análisis estadístico fue realizado mediante el software SPSS.

Resultados

Un 59 % contestó aburrirse durante las esperas en el centro de salud; el 94 % se mostró a favor de encontrar información visual educativa en la sala de espera y tan solo un 4 % contestó no leer los carteles informativos si los hay. Se pudieron observar aquellos temas más frecuentes sobre los cuales los pacientes desean obtener información, apreciándose ciertas tendencias según edad y género.

Conclusiones

Los resultados obtenidos demuestran que nuestros pacientes están demandando una mayor EPS desde Atención Primaria, mostrándose a favor de la propuesta educativa de realizarla desde las salas de espera mediante la colocación de infografías u otro tipo de material educativo para paliar las largas esperas. Es por ello, que esta línea de investigación queda abierta para continuar con el presente estudio y evaluar el grado de satisfacción de los pacientes una vez que se lleve a cabo la intervención educativa propuesta.

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



Rendimiento diagnóstico del dispositivo electrónico para *smartphone Kardia AliveCor* en la detección de fibrilación auricular

Piedra Castro R, Alonso Calleja J, Sanchez-Seco Toledano P, Yuste Martinez B, Garcia Garcia A y Gonzalez Zayas N

Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara

Correo electrónico:
rpiedrac@gmail.com

Objetivo

Determinar la fiabilidad diagnóstica del dispositivo electrónico *Kardia AliveCor* en fibrilación auricular (FA) en Atención Primaria.

Diseño

Estudio de evaluación diagnóstica de corte transversal.

Emplazamiento

Centro de Salud urbano.

Participantes

Mayores de 40 años ambos sexos. N= 90 (30 casos y 60 controles). Casos: Paciente mayor de 40 años con diagnóstico de fibrilación auricular o flutter permanente. Controles: Mayores de 40 años sin diagnóstico previo de fibrilación auricular. Emparejamiento 2:1 por edad y sexo. Consentimiento informado.

Mediciones principales

Procedimientos. Electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones y registro derivación D1 con *Kardia AliveCor* más *smartphone* (Motorola moto G5 Android 7.0) mediante la app *Kardia*. ECG. Resultados FA o flutter o ausencia de FA o flutter. *Kardia*. Resultados trazado Normal, fibrilación probable, ritmo no analizable o error. Variables antropométricas.

Resultados

Sexo 56,52 % hombres, Edad media 73,57 años, Presión arterial media 126/72 mmHg, IMC medio 30,24. No diferencias estadísticamente significativas entre casos y pacientes control. El 93,33 % de los pacientes fueron correctamente clasificados con el dispositivo *Kardia AliveCor*. Valores obtenidos: Sensibilidad 86,66 %; Especificidad 96,66 %; Valor Predictivo positivo 92,85 %; Valor Predictivo negativo 93,54 %; Cociente de probabilidad positivo 25,94; Cociente de probabilidad negativo 0,13.

Conclusiones

Dispositivos electrónicos como *Kardia AliveCor* pueden ser de utilidad para la detección de patología tan prevalente como la fibrilación auricular en Atención Primaria y a la cabecera del paciente.

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



Procedimientos diagnósticos del paciente EPOC en Castilla-La Mancha. Análisis con Big Data a través de Savana Manager

Piedra Castro R, Alonso Calleja J, Yuste Martínez B, Sánchez-Seco Toledano P, García García A y Sáez Gill E

Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara

Correo electrónico:
rpiedrac@gmail.com

Objetivo

Evaluar la prevalencia de los distintos procedimientos diagnósticos en EPOC.

Diseño

Estudio descriptivo. Savana Manager es un sistema Big Data que analiza e indexa el lenguaje médico de los informes clínicos generando bases de datos.

Emplazamiento

Centros Sanitarios de Castilla-La Mancha. Atención Primaria y Hospitalaria.

Participantes

60.281 pacientes mayores de 35 años, ambos sexos, con diagnóstico grabado de EPOC.

Mediciones principales

Edad, sexo, realización de espirometría, radiografía de tórax, determinación de alfa-1 antitripsina, hemograma, tac torácico y gasometría, tabaquismo. Prescripción de combinación de corticoide inhalado (CI) combinado con broncodilatador beta-adrenérgico de acción larga (LABA), prescripción de broncodilatador antimuscarínico de acción larga (LAMA), prescripción de combinación de LAMA+LABA.

Resultados

60281 pacientes EPOC (3,33 % de la población mayor de 35 años, 1,43 mujeres y 5,36 hombres), 43,60 % de pacientes EPOC con espirometría realizada. 79,75 % registro de radiografía de tórax. 75 % hemograma. 26,58 % TAC torácico. 62,22 % gasometría. No hubo diferencias significativas en sexo salvo el TAC que era más probable en hombres. Prescripción farmacéutica más prevalente entre pacientes EPOC con espirometría realizada.

Conclusiones

La espirometría es la prueba diagnóstica fundamental e imprescindible en EPOC. Sin su realización no es posible establecer un diagnóstico de certeza. Nuestros resultados muestran una prevalencia inferior al 50 %. Sistemas de análisis Big Data pueden ayudarnos a estudiar la actuación del sistema sanitario en patologías prevalentes como la EPOC.

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



¿Qué pasó con la calidad de los registros?

Sánchez Barrancos I M

Centro de Salud de Manzanares
2 (Consultorio de Membrilla).
Ciudad Real

Correo electrónico:
ignaciomsb@telefonica.net

Objetivo

Evaluar la calidad del registro y de la asistencia en las historias de paciente hipertensos de una zona de salud 5 años después de abandonar un ciclo de mejora de calidad.

Diseño

Estudio observacional retrospectivo, registrando y comparando las anotaciones en la historia clínica en 2014 y 2018. Muestreo por lotes de 12 historias de cada cupo médico seleccionadas al azar.

Emplazamiento

Zona de salud semiurbana.

Participantes

Pacientes hipertensos de la ZBS que lo fueran desde al menos 2014.

Mediciones principales

Evalúamos los mismos criterios que se eligieron en el plan de calidad 2017-2014: riesgo cardiovascular global (RCVG), antecedentes personales (AP) de tabaco, diabetes, dislipemia y obesidad, actuación sobre el estilo de vida (AEV), cifras de presión arterial (PA), PA en rango de control (<140/90), analítica anual, y electrocardiograma (EKG) informado. Comparamos su presencia en la historia clínica en 2014 y 2018.

Resultados

Empeora el porcentaje de registros globales en las historias, sobre todo de factores de riesgo cardiovascular y cifras de presión arterial, pero mejora la proporción de historias que reflejan una valoración del RCVG, AEV, así como la proporción de pacientes con PA en rango de control. Hallamos igualmente mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular, todo ello con significación estadística. Encontramos además aumento de los valores promedio de glucosa, colesterol HDL, triglicéridos e IMC, y descenso de la creatinina, colesterol total, colesterol LDL y microalbuminuria (éstos últimos sin significación estadística).

Conclusiones

Encontramos una disminución de la proporción de registros en la historia clínica. Ese deterioro no se traduce en menor grado de control de PA. Los efectos favorables sobre los resultados asistenciales de los ciclos de mejora de calidad pueden prolongarse más en el tiempo que aquellos sobre el registro en la historia clínica.

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



Ecocardiografía. ¿Una herramienta para el médico de familia?

Sánchez Barrancos I M

Centro de Salud de Manzanares
2 (Consultorio de Membrilla).
Ciudad Real

Correo electrónico:
ignaciomsb@telefonica.net

Objetivo

Describir y analizar la utilización de la ecocardiografía (EC) en una consulta de medicina familiar.

Diseño

Estudio descriptivo retrospectivo en condiciones de práctica clínica habitual.

Emplazamiento

Consultorio rural.

Participantes

Pacientes a quienes se realizó EC con justificación clínica en el periodo enero-diciembre de 2018.

Mediciones principales

Se realizaron 89 EC en el periodo, correspondiendo el 50,5 % a mujeres. La edad media fue de $59,8 \pm 3,8$ años, mayor en mujeres ($68,8 \pm 5,8$ años con $p < 0,001$). Un 58,43 % (47,4-68,8) fueron con carácter programado, y 41,5 % (31,2-52,5) se hicieron como complemento de la exploración física. 1 exploración fue realizada en el domicilio del paciente. Los escenarios de utilización fueron de mayor a menor frecuencia disnea, palpaciones, dolor torácico atípico, valoración del riesgo cardiovascular, hipertensión descompensada, soplo cardíaco, práctica deportiva y arritmia no conocida. Encontramos disnea como escenario más frecuente en mujeres (51,1 %) que varones (15,91 %) con significación estadística ($p = 0,004$). Hallamos datos de dilatación de aurícula izquierda en 21,35 % (13,3-31,3), hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI) en 59,93 % (43,0-64,5), disfunción diastólica ventricular izquierda en 40,45 % (30,1-51,3) y disfunción sistólica del ventrículo derecho en el 3,3 % (0,7-5,9) de casos. El 72,09 % (62,7-81,4) de casos de HVI no tuvieron correlación con el electrocardiograma.

Hallamos datos de prolapso mitral en 2,25 % (2 mujeres), insuficiencia tricuspídea en 39,3 % (29,1-50,2), insuficiencia mitral en 37,08 % (27,0-47,9) insuficiencia aórtica en 13,48 % (7,1-22,3), estenosis aórtica en 6,74 % (2,5-14,1 %), derrame pericárdico en 5,62 % (1,8-12,6), estenosis mitral en 2,25 % (0,2-7,8) e insuficiencia pulmonar en 1,12% de casos, sin diferencias por sexo. En el 35,96 % (26,0-46,8) los resultados motivaron un cambio en la conducta terapéutica.

Conclusiones

La ecocardiografía puede ser una herramienta muy útil en medicina familiar, proporcionando información complementaria a la habitual para valorar el riesgo cardiovascular de los pacientes y para su manejo clínico.

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



Elección de las plazas de Medicina de Familia en Castilla-La Mancha en el MIR de los años 2017, 2018 y 2019

Fernández Pérez MJ, Bernad Carbonell F, Nieves Sanchis MA, García de Enterría Ramos I, Ayuso Raya MC y Escobar Rabadán F

Centro de Salud de Zona IV de Albacete. Albacete

Correo electrónico:
maferpe3@gmail.com

Objetivo

Conocer la prioridad concedida a la elección de Medicina de Familia (MF) en Castilla-La Mancha (CLM) entre los opositores MIR que escogieron plaza en esta comunidad en los años 2017, 2018 y 2019, así como qué factores se asocian con esta elección.

Diseño

Análisis de datos secundarios.

Emplazamiento

Búsquedas en Internet.

Participantes

808 opositores.

Mediciones principales

De la web del Ministerio de Sanidad se obtuvo: número en la oposición, sexo, especialidad y ciudad elegidas. Se disponía de información adicional de graduados en la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM). El análisis ha sido realizado con SPSS 25.0, y ha consistido en estadística descriptiva, comparación de proporciones y medianas, y análisis de Kaplan-Meier.

Resultados

Un 66,8 % eran mujeres; 18,6 % eran graduados de la UCLM. La especialidad de MF fue elegida por 30,7 %. La mediana del número para elegir MF fue 6927,5 (rango intercuartil (RI): 6104-7288), sin diferencias estadísticamente significativas (NS) por año, y significativamente mayor a otras especialidades: 3345,5 (2281,75-4488,25) ($p < 0,0001$). No existían diferencias por sexo para la elección de MF frente al resto de especialidades. En cuanto a la provincia, existían diferencias en la elección de MF, ya que en 2017 se eligió en Albacete con un número significativamente menor ($p = 0,005$) a las otras provincias (mediana: 5950; RI: 5175,3-6724,7); esta diferencia desapareció en los años siguientes. Los graduados en la UCLM elegían MF con menor número que los demás (medianas: 5866, 6391 y 7125 para Albacete, Ciudad Real y otras facultades, respectivamente) ($p < 0,0001$).

Conclusiones

La elección de plazas de MF en CLM se realiza con números altos del MIR. Los graduados en la UCLM la eligieron con mejor número que el resto de opositores, aunque se elige en general con números más altos que el resto de especialidades.

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



Efectividad de una intervención en ejercicio físico en diabetes mellitus tipo 2 (DM2) con uso de *wearables*

Sanchez-Seco Toledano P, Piedra Castro R, Yuste Martinez B, Garcia Garcia A, Alonso Calleja J y Saez Gil E

Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara

Correo electrónico:
rpiedrac@gmail.com

Objetivo

Primario: Mejora del control metabólico (HbA1c%).

Secundarios: Descenso peso, IMC y grasa corporal, mejora perfil lipídico.

Diseño

Ensayo clínico aleatorizado controlado no enmascarado, dos visitas (basal, 6 meses).

Emplazamiento

Centro Salud urbano.

Participantes

Criterios de inclusión. Pacientes 40 y 65 años, más de 6 meses evolución. HbA1c% < 9 %

Criterios de exclusión. Gestación, hipoglucemias graves en 3 meses, comorbilidad cardíaca, impedimento físico o no consentimiento.

Muestreo. Aleatorio simple para prevalencia DM2 diagnosticada 3,79 % / comorbilidad cardíaca 14,91 % Castilla- La Mancha (Savana Manager). Confianza 95 %. Perdidas 20 %. 48 pacientes

Aleatorización dos grupos.

-Grupo control (GC). Ejercicio y recomendaciones habituales. Entrega podómetro (pingko) para registro.

-Grupo intervención (GI). Entrevista y clases teórico-prácticas ejercicio. Recomendación 10.000 pasos/día. Entrega podómetro o pulsera Garmin Vivomart-HR.

Mediciones principales

Variables. Peso, sexo, edad, tabaquismo, IMC, grasa (Omron BF300). PAS y PAD (omron 907).

Laboratorio. Glucemia, HbA1c %, Colesterol total y fracciones, Triglicéridos. Dieta (Test Predimed 14), Ejercicio (Test Minnesota), Test Calidad vida (DQOL español).

Resultados

66,66 % Hombres, 58,31 Edad Media, 45,83 % obesos. No diferencias en evolución, tabaquismo, tratamiento y parámetros bioquímicos entre los grupos al inicio. Pasos diarios. GC 7421, GI 10800.

Control Metabólico:

GC. Glicada basal 6,66 %. Variación -0,18 %. P no significativa

GI. Glicada basal 6,84 %. Variación -0,39 %. P significativa

Peso. GC sin variación antes-después. GI -1,50 kg. P significativa.

Conclusiones

Nuestro estudio demuestra un efecto significativo en el control metabólico y peso con una intervención sencilla como recomendar caminar 10.000 pasos/día.

La monitorización del ejercicio con wearables puede ayudar a mejorar los resultados.

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



Factores de riesgo cardiovascular en el ámbito de Atención Primaria

Ruiz-Santaquiteria Martín-Portugués A, León Martín AA y Arenas Mosqueda J

Centro de Salud Ciudad Real II.
Ciudad Real

Correo electrónico:
antonioruizsantaquiteria@gmail.
com

Objetivo

Obtener información sobre incidencia y mortalidad de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular, así como sobre la prevalencia de los factores de riesgo implicados, su control y su relación con la mortalidad en prevención secundaria, en el área de un centro de salud de Ciudad Real.

Diseño

Estudio observacional retrospectivo. Se obtuvieron las variables de interés a través de Turriano y Mambrino XXI, se recogieron en tablas y se realizó la estadística descriptiva e inferencial. Esta última, a través de comparación entre proporciones y medias mediante los contrastes de la χ^2 y la t de Student respectivamente, asumiendo siempre una significación de alfa < 0,05.

Emplazamiento

Centro de Salud.

Participantes

330 pacientes con episodios cardio y/o cerebrovasculares desde el 1 de enero de 2015 hasta el 1 de mayo de 2018 en el área de salud del centro de salud.

Mediciones principales

Incidencia de episodios cardio y cerebrovasculares en el área de estudio. Mortalidad de los pacientes estudiados. Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en los mismos. Grado de control de estos en prevención secundaria. Relación de estos con la mortalidad.

Resultados

Las incidencias obtenidas (medidas en casos por cada 100.000 habitantes/año) son de 138 para cardiopatía isquémica en hombres frente a 78 en mujeres, y 108 para enfermedad cerebrovascular en hombres, frente a 80 en mujeres. Se registró una mortalidad (medida en casos por cada 100.000 habitantes/año) de 11 y 12 (en hombres y mujeres, respectivamente) en IAM, y de 17 (tanto en hombres como en mujeres) en ictus.

En cuanto a prevalencia y control de los FRCV en prevención secundaria:

Factor	Prevalencia				Control			
	Bibliografía		Resultados		Bibliografía		Resultados	
	CI	ECV	CI	ECV	CI	ECV	CI	ECV
Obesidad	83%		43%		-			
HTA	36%	83%	77%	72%	33-64%	18%	45%	
Diabetes	31%	26-38%	36%	27%	40-50%		52%	
Dislipemia	45%	50-63%	77%	66%	18-54%	30%	63-93%	
Tabaquismo	31-36%		67%	52%	-			
Ejercicio físico	43%	35%	72%	55%	-			
Formación académica	-		78%		-			
Vive acompañado	-		68%		-			

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



Conclusiones

La incidencia y la mortalidad por enfermedad cardiovascular (CI y ECV) son inferiores en Ciudad Real a las de otras regiones de España. El control de los FRCV en prevención secundaria en Ciudad Real es superior al de otras regiones en el caso de la hipertensión y la dislipemia. En cualquier caso, lejos todavía de los niveles óptimos de control. Existe

mayor incidencia de CI que de ECV, pero menor mortalidad. Existe mayor incidencia de eventos graves (IAM e ictus) sobre leves (angina y AIT).

Son factores de mal pronóstico en la enfermedad cardiovascular la falta de ejercicio físico, el menor nivel de formación, vivir sólo y tener niveles bajos de HDL.

Nivel de control de los pacientes diabéticos tipo 2 en dos centros de salud de España e Inglaterra

Fernández Pérez MJ, Alcantud Lozano P, López García M, Flores Copete M, Reolid Martínez R y Ayuso Raya MC

Centro de Salud de Zona IV de Albacete. Albacete

Correo electrónico:
maferpe3@gmail.com

Objetivo

Conocer el nivel de control de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en centros de salud español e inglés.

Diseño

Cohortes históricas.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Participantes

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

Mediciones principales

A través de un protocolo específicamente diseñado se registraron variables clínicas y sociodemográficas, en el diagnóstico y en la última visita registrada hasta noviembre-2017.

El análisis estadístico (SPSS 25.0) ha incluido comparación de proporciones, y de medias/medianas.

Resultados

En los pacientes ingleses había predominio femenino (64 %), masculino en los españoles (57,9 %), $p=0,004$. Al diagnóstico, éstos tenían media de edad mayor que los ingleses: 62,8 años (DE:12,3) vs 58,8 (DE: 14,3), aunque sin diferencias estadísticamente significativas (NS). Los ingleses presentaban IMC significativamente mayor ($p=0,023$): 34,8 (SD:7,6) vs 32,0 (SD:5,6), pero inferior HbA1c, con mediana y rango intercuartílico (RI), respectivamente: 5,5 (5,2-7,0) and 7,1 (6,6-8,2), $p<0,0001$. El tiempo medio de seguimiento desde el diagnóstico hasta la última visita fue 1178 días, NS entre ambos centros. En esta visita, la mediana de HbA1c era 6,8 (RI: 6,4-7,5) y 6,6 (RI: 6,3-7,2), respectivamente para ingleses y españoles (NS). En estos se había reducido significativamente, mediana: -1,1 (RI: -1,6 a 0,02) ($p<0,0001$), y aumentado en los ingleses (mediana: 0,35; RI: -0,1 a 1,2; $p=0,001$). En cuanto al tratamiento, aunque en el centro inglés había más pacientes sólo con medidas higiénico-dietéticas (18,4 vs 12,1 %) o en monoterapia con metformina (57,1 vs 53,8 %), las diferencias NS.

Conclusión

Se ha producido una evolución más favorable de las cifras de HbA1c en los pacientes con DM2 españoles a lo largo del seguimiento. El tratamiento indicado es similar en Inglaterra y España.

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



Percepción de los pacientes con esclerosis múltiple acerca de la atención sociosanitaria recibida

Arévalo Frutos IM, Vaquero Abellán M, Ortega Romero MI, Cervantes Torres L y Leal Rico MI

Centro de Salud Ciudad Real I.
Ciudad Real

Correo electrónico:
isaarevalo22@hotmail.com

Objetivo

Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes con esclerosis múltiple (EM) sobre la atención sociosanitaria recibida.

Diseño, emplazamiento y participantes

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal con una muestra por conveniencia de 42 pacientes de EM pertenecientes a dos asociaciones de la provincia de Córdoba que respondieron a un cuestionario de elaboración propia.

Mediciones principales

Grado de satisfacción, valoración de salud, haber recibido información sobre diferentes aspectos de los autocuidados (y sobre cuáles demandan más), principal fuente de información, tipo de EM y síntomas que presentan. La relación entre las variables ha sido comprobada mediante la prueba χ^2 (ji cuadrado) y utilizando margen de error $p < 0,05$.

Resultados

Un 52,4 % de los encuestados se encuentran “bastante o muy” satisfechos con la atención recibida. Esto se relaciona con haber recibido información sobre autocuidados y a quien consideran su principal fuente de información (el 33,3 % a un conjunto de profesionales del que enfermería forma parte). No obstante, demandan más información sobre el abordaje de síntomas como el dolor (35,77 %), los síntomas urinarios (28,6 %) y la disfunción sexual (21,4 %).

También se encontró relación entre la valoración que hacen sobre su propia salud, el tipo de EM y síntomas como el dolor. Aquellos encuestados que puntúan su salud por encima de la media (30,9 %) no presentan dolor ($p=0,01$). Ocurre de manera similar con otros síntomas como la fatiga, aunque no es tan evidente. Los pacientes que padecen un tipo de EM diferente a la remitente-recurrente (19 %) valoran su salud igual o por debajo de la media ($p=0$).

Conclusiones

La información es un aspecto fundamental para los pacientes con EM y enfermería tiene un papel clave en esto; siendo bien valorada por ellos. No obstante, hay aspectos sobre los que precisan más información. Cubrir estas demandas es necesario para que la intervención sea eficaz.

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



La creación de la Central lechera de Ciudad Real y su impacto comunitario (1949-1978): una reflexión sobre los peligros del consumo de leche sin control sanitario

Sánchez-Herrera Laguna D, Serrano Romero de Ávila V y Porras MI

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real
Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Toledo
Facultad de Medicina de Ciudad Real. Ciudad Real

Correo electrónico:
uvial@hotmail.com

Objetivo

1) Establecer el proceso de creación de la central lechera de Ciudad Real, y 2) analizar la posible correlación entre su puesta en marcha y la disminución de la morbilidad por fiebres tifo-paratíficas, brucelosis, disentería, tuberculosis, difteria y escarlatina, enfermedades ligadas al consumo de leche y/o a su manipulación.

Diseño

Estudio observacional retrospectivo (entre 1949-1978). Fuentes principales: documentación del Archivo municipal de Ciudad Real, datos demográfico-sanitarios del Instituto Nacional de Estadística (INE) y prensa general.

Método de investigación histórico-médica y demográfico-histórica: a) búsqueda de fuentes, recopilación del material; b) ordenación y autenticación de materiales, cálculo tasas de morbilidad por las enfermedades indicadas para España y Ciudad Real y su análisis comparativo; c) interpretación datos y síntesis.

Emplazamiento

Ciudad Real.

Participantes

Datos demográfico-sanitarios de enfermedades mencionadas (Ciudad Real, España).

Mediciones principales

Cálculo tasas morbilidad, elaboración gráficas con datos del INE.

Resultados

El descenso de morbilidad por fiebres tifo-paratíficas desde 1957, apoya un efecto positivo de la Central Lechera ciudadrealeña. Las morbilidades por brucelosis, disentería, difteria, escarlatina y tuberculosis sugieren subdeclaración en Ciudad Real hasta finales de los sesenta. La escarlatina mantuvo valores similares desde 1963.

Conclusión

Aunque los datos nos hacen ser cautelosos, la Central Lechera sí parece haber favorecido un descenso de las fiebres tifoparatíficas, alertando del peligro de una vuelta al consumo de leche sin control sanitario, como promueven colectivos cercanos a movimientos anti-vacuna.

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



Rotación electiva de ecografía clínica: ¿para qué?

Sánchez Barrancos I M

Centro de Salud de Manzanares
2 (Consultorio de Membrilla).
Ciudad Real

Correo electrónico:
ignaciomsb@telefonica.net

Objetivo

Describir y analizar la actividad ecográfica realizada por los residentes de Medicina Familiar que realizan una rotación electiva.

Diseño

Estudio descriptivo retrospectivo en condiciones de práctica clínica habitual.

Emplazamiento

Consultorio local rural.

Participantes

La unidad de estudio son las ecografías realizadas por los residentes en el periodo comprendido entre enero de 2018 y septiembre de 2019 (incluido).

Mediciones principales

Se recogió información referente a residente, duración de la rotación, número de ecografías por día y tipo de ecografías realizadas.

Resultados

Fueron 12 rotaciones electivas, con promedio de $22,42 \pm 3,98$ días, siendo el 50 % de cada sexo. La duración media fue de $29 \pm 2,91$ días en mujeres frente a $15,83 \pm 0,37$ días en varones.

El número total de ecografías realizadas fue de 1453 (60,20 % por mujeres) en 269 días lectivos. El número medio de ecografías fue de $121,08 \pm 4,03$ por rotación, mayor por mujeres ($154,83 \pm 13,24$) vs. hombres ($87,3 \pm 1,76$), y de $5,40 \pm 2,99$ por día de rotación, algo mayor por varones ($5,52 \pm 0,15$) vs. mujeres ($5,34 \pm 0,27$).

Las ecografías más realizadas por rotación fueron abdominal ($20,58 \pm 3,16$), cardíaca ($14,25 \pm 3,49$), ginecológica ($13,08 \pm 3,35$), pulmonar ($8,25 \pm 3,82$), rodilla ($7,75 \pm 3,52$), otra musculoesquelética ($7,50 \pm 3,61$), partes blandas ($7,0 \pm 4,38$) renal ($6,83 \pm 3,21$), hombro ($6,17 \pm 3,43$) y vesicoprostática ($4,50 \pm 3,28$) con similar distribución según sexos, aunque mayor proporción por mujeres vs. hombres de abdominal ($27,83 \pm 2,36$ vs. $13,33 \pm 1,18$), ginecológica ($18,17 \pm 1,87$ vs. $8,0 \pm 0,91$), cardíaca ($15,83 \pm 1,04$ vs. $12,67 \pm 0,81$), pulmonar ($10,67 \pm 1,11$ vs. $5,83 \pm 0,5$), rodilla ($8,33 \pm 0,69$ vs. $6,67 \pm 0,59$), musculoesquelética ($8,33 \pm 1,16$ vs. $6,17 \pm 0,82$) y hombro ($8,33 \pm 0,7$ vs. $4,0 \pm 0,51$).

Conclusiones

Estarotación proporciona al residente la oportunidad de practicar un elevado número de exploraciones en numerosos escenarios con encaje clínico lo que le permite conocer su utilidad en la práctica profesional de médico de familia. Se debe proporcionar a los residentes una formación adecuada en ecografía clínica, y este modelo puede contribuir a este objetivo.

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



Valoración de la educación sanitaria en los cuidados de la sonda PEG

Medina Lozano I

Correo electrónico:
Isabelmedina69@telefonica.net

Objetivo

Valorar si la educación sanitaria dada inicialmente y los siguientes asesoramiento son los correctos y adecuados para gestionar posibles complicaciones surgidas ya en el ámbito comunitario.

Diseño

Estudio retrospectivo de 26 paciente portadores de sonda PEG mediante entrevista semiestructurada al cuidador principal.

Emplazamiento

Hospital de Poniente.

Participantes

2 pacientes y 24 cuidadores.

Mediciones y Resultados

13 eran atendidos por familiares, 2 asumían su propio cuidado resto son de Ayuda a Domicilio. En todos los casos siempre asesorados por enfermeras de sus Centros de Salud si surgían complicaciones.

La limpieza y el cuidado del estoma lo realizan adecuadamente sin embargo observamos deficiencias en el cuidado de la higiene bucal en algunos casos. La mayoría de los entrevistados revisan el estoma, pero no manipulan el soporte externo ni comprueban el balón solo cinco cuidadores habían sido capaces de cambiar la sonda ellos mismos sin ayuda externa.

Se identificaban las complicaciones, pero la resolución de estas se tenía que solventar por parte de personal especializado. Podemos afirmar que los cuidados diarios de la sonda PEG y del estoma son los adecuados en la mayoría de los pacientes pero hay que hacer un entrenamiento más exhaustivo desde el propio hospital y desde el Centro de Salud.

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



¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente en nuestro EAP?

Barrios García R, Calle Caminero RM, Morales Romero AM, Sobrino Magán E, Castañeda Villar MC, Palacios Salinas R

Centro de Salud de Bolaños de Calatrava. Ciudad Real

Correo electrónico:
rbg858@gmail.com

Objetivo

Investigar la calidad y seguridad que perciben los propios profesionales. Conocer sistemas de gestión de riesgos clínicos en el EAP rural con el objetivo de disminuir la incidencia de E A y de mejorar la seguridad de los pacientes. Revisar y promover la cultura de seguridad del paciente, De acuerdo a sus resultados, Implantar acciones de mejora.

Diseño

Estudio descriptivo con variables sociodemográficas. Valoradas cada una de las preguntas de la encuesta. Utilizamos el cuestionario (MOSPSC), (AHRQ), adaptado y validado por la SEMFYC y SNS para medir la cultura de seguridad del paciente en AP para sanitarios y no sanitarios.

Emplazamiento y participantes

Enviadas 36 invitaciones a todas las categorías del EAP. Se completaron 34 cuestionarios IR 94,44 %. Analizado con SPSS vs 15.0, estratificado por profesionales médicos, enfermería y otros.

Mediciones principales y Resultados

El (94,44 %) significa una alta implicación de todo el EAP con un Índice de respuesta excelente. El 58 % tenía una antigüedad en el puesto de trabajo de entre 6 y 20 años, personal fijo el 50 %. Trabajaban de 33 a 40 horas semanales el 82 % y sólo realizaban guardias el 62 % de los encuestados. La media de porcentajes de respuestas positivas fueron 52 % en todas las dimensiones, salvo en ritmo y carga de trabajo. La calidad global fue "bien-muy bien-excelente" para más del 41 % de los participantes, considerando excelente la equidad 50 % y la efectividad el 35 %. La valoración global muy bien en el 40 % de enfermeras, muy bien en el 25 % de medicina, 18 % de otros profesionales.

Conclusion

Nos ha permitido detectar con garantías, puntos fuertes 52 %, y áreas de mejora 48 %. El EAP si está motivado en la seguridad del paciente y calidad de la asistencia, su índice de respuesta es 94,44 % y está desarrollando SINASP desde 2015 dando una gran valor a esta herramienta.

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



OTROS PROYECTOS PRESENTADOS

Calidad de vida y resiliencia en pacientes con fibromialgia

Arcega Baraza A, Búrdalo Carrero F, Cabañas Morafraille J, Dorado Peñalver N y Ruiz López L

CS Santa María de Benquerencia. Toledo
Consultorio de Burguillos. Toledo
Gerencia de Atención Primaria de Toledo. Toledo

Correo electrónico:
aarcegab@gmail.com

Objetivos

Principal: estudiar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en mayores de 18 años diagnosticados de fibromialgia en el área sanitaria de Toledo.

Específicos: evaluar relación entre CVRS y resiliencia, y entre CVRS y apoyo social percibido (ASP).

Hipótesis: a mayor resiliencia y mayor ASP, mayor CVRS.

Objetivo secundario: profundizar en el estudio de la fibromialgia.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo y analítico, de corte transversal, con recogida de datos prospectiva. Lo realizaremos MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, de la Unidad Docente de Toledo.

Ámbito: área sanitaria de Toledo. Incluiremos dos zonas básicas de salud, una rural (Torrijos) y una urbana (Santa María de Benquerencia).

Población diana: pacientes mayores de 18 años diagnosticados de fibromialgia.

Población de estudio: pacientes mayores 18 años que, perteneciendo a las zonas básicas estudiadas, presentan el diagnóstico codificado de fibromialgia a 18 de diciembre de 2018.

Estimamos una población de estudio de 324 (dato solicitado a nuestra gerencia).

Inclusión:

- Presentar diagnóstico codificado de Fibromialgia (CIE-9-MC 729.1 o CIAP-2 L18.01).
- Mayor de 18 años.
- Hablar, leer y comprender español.
- Conceder consentimiento informado.

Exclusión:

- Imposibilidad de cumplimentación de cuestionarios.
- Trastornos psiquiátricos.

Muestreo por reclutamiento, según asistan a la consulta.

Con un nivel de confianza del 95 %, una potencia del 90 %, una diferencia de medias esperada en la puntuación del SFIQ de 10 puntos y una desviación típica de 14 (datos obtenidos de la literatura), el tamaño muestral obtenido es de 84 sujetos (42 rural y 42 urbano). Suponiendo un 30% de pérdidas, nuestro tamaño final es de 120 (60 en cada grupo).

Variable resultado: CVRS, medida mediante cuestionario SFIQ validado al español.

Variables independientes:

- Resiliencia, con cuestionario CD-RISK-10item validado al español.
- ASP, con cuestionario multidimensional MOS validado al español.

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



- Sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, estudios, situación laboral, ingresos mensuales de unidad familiar, número de personas que dependen de esos ingresos, pertenencia a grupo social y tratamiento utilizado para la fibromialgia en la última semana.

Variables cuantitativas serán medidas con media y desviación estándar (mediana y rango intercuartílico si distribuciones muy asimétricas); variables cualitativas, en porcentajes.

Examinaremos la asociación mediante estudio bivariante, seleccionando variables para posterior regresión logística multivariante.

Análisis estadístico con SPSS.

Limitaciones:

- 1) Muestra no representativa. Para ello, estudiaremos zona urbana y zona rural.
- 2) Sesgo de reclutamiento. Creemos que será bajo porque alta frecuentación.
- 3) Estudio transversal; impide establecer relación causa-efecto entre variables.

4) Sesgo de voluntariado

Aplicabilidad de los resultados esperados.

Esperamos resultados aplicables en nuestra práctica clínica y útiles para una mejor atención a estos pacientes.

Aspectos ético-legales

Cumplirá la *Ley de Autonomía del Paciente de 2003*, la *Ley de Investigación Biomédica de 2007* y la *Ley Orgánica de Protección de Datos de 2018*. Tendrá que ser aceptado por el CEIC del Complejo Hospitalario de Toledo. Tendremos consentimiento informado de los pacientes, con posibilidad de revocarlo. Garantizaremos la anonimidad de los datos, y no llevaremos a cabo intervenciones experimentales en los pacientes. Ausencia de conflictos de interés.

Financiación

No precisamos ni disponemos de financiación.

Tratamiento no farmacológico del insomnio

Sánchez Ibáñez RM, Sara Díaz Molina S y Muñoz Martín M

Gerencia de Atención primaria de Toledo.Toledo

Correo electrónico:
rsibanez@sescam.jccm.es

Objetivos

Objetivo principal: estudiar la prevalencia del tratamiento no farmacológico en los pacientes diagnosticados de insomnio en nuestra zona básica de salud.

Objetivos secundarios: abordar la utilización de fármacos, valorar la calidad de sueño y analizar el apoyo social de los pacientes con insomnio.

Material y métodos

Diseño: estudio observacional y transversal.

Población de estudio: mayores de 18 años pertenecientes a nuestra zona básica de salud, diagnosticados de insomnio según los siguientes códigos CIE-9: trastorno del sueño no orgánico NEOM, insomnio transitorio, insomnio persistente, trastorno persistente para iniciar o mantener la vigilia, cambio de ciclo vigilia-sueño, trastorno de excitación del sueño y disfunción del despertar y fase sueño.

Criterios de selección:

- **Inclusión:** mayores de 18 años con antigüedad superior a un año en el cupo, que entiendan español, que acepten participar en el estudio y estén diagnosticados de insomnio en el último año según los códigos CIE-9.
- **Exclusión:** enfermedades psiquiátricas, pacientes incapaces de responder o entender una encuesta, síndrome de apnea-hipoapnea del sueño, síndrome de piernas inquietas y consumidores de hipnóticos por otras causas que no sea por insomnio.

Muestreo, intervenciones:

Hemos realizado una explotación de datos en el programa informático Turriano según los términos CIE-9 obteniendo un tamaño muestral de 131 pacientes. Después, captaremos a los pacientes, entregándoles la hoja informativa y el consentimiento informado. Cuando acepten participar, contactaremos con ellos telefónicamente para concentrar una cita y realizar la encuesta personalmente.

Variables: Edad, Sexo, Nivel de estudios, Estado civil, Apoyo familiar, Situación laboral, Nivel socioeconómico, Tratamiento para el insomnio, Medidas de higiene del sueño, Calidad del sueño, Severidad del insomnio, Calidad de vida.

Análisis estadístico:

Se realizará un análisis descriptivo mediante medidas de centralización y dispersión. Se valorará la normalidad de la distribución de las variables cuan-

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



titativas mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Posteriormente se realizará un estudio analítico mediante las pruebas pertinentes (chi cuadrado para variables cualitativas, t de Student o ANOVA para cuantitativas con distribución paramétrica, U de Mann-Whitney o test de Kruskal-Wallis para cuantitativas con distribución no paramétrica; se valorará también la correlación entre variables cuantitativas mediante la prueba r de Pearson o la correlación de Spearman según sea la distribución de las variables). Las variables que presenten diferencias estadísticamente significativas se valorarán mediante regresión logística.

Limitaciones:

Pacientes cuyo diagnóstico no está codificado en Turriano según los criterios CIE-9; rechazo de la población a contestar la encuesta o participar en el estudio. La validez externa, ya que nuestros resultados no pueden ser extrapolados a la población general

Aplicabilidad de los resultados esperados

Esperamos poder identificar a los pacientes que no están bien tratados para realizar una correcta educación sanitaria y desprescripción farmacológica, que disminuirá costes y efectos secundarios mejorando la calidad de vida de nuestros pacientes.

Aspectos éticos y legales

A todos los pacientes, se les entregará el consentimiento informado. Incluiremos sólo mayores de edad. Contaremos con el visto bueno de nuestra gerencia de Atención Primaria y con la aprobación del CEIM de nuestro Complejo Hospitalario. Aseguraremos la confidencialidad del paciente, según lo establecido por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y demás normativa existente al respecto.

Financiación

No se requiere financiación.

Dislipemia aterogénica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 seguidos en Atención Primaria

Fernández Bosch A, del Campo Giménez M, Martínez de la Torre C, Córcoles García S y Tello Nieves GM

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Albacete. Albacete
Centro de Salud de la Roda. Albacete. Albacete

Correo electrónico:
albf42@hotmail.com

Objetivos

Evaluar la prevalencia de dislipemia aterogénica (DA) y sus componentes en pacientes diabéticos tipo 2 de 18 a 80 años seguidos en atención primaria, así como su relación con el control de la diabetes.

Material y métodos

Diseño. Estudio descriptivo observacional transversal.

Ámbito. Consultas de Atención Primaria (AP).

Sujetos de estudio. Pacientes con edades comprendidas entre 18 y 80 años, ambas incluidas, diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 (DM) (criterios ADA-2019 y PAPPS-2018: DM si glucemia basal en ayunas ≥ 126 mg/dl, tras 2h sobrecarga oral glucosa ≥ 200 mg/dl, al azar con síntomas ≥ 200 mg/dl o hemoglobina glucosilada (HbA1c) $\geq 6,5$ %), con seguimiento >12 meses en AP y que otorguen su consentimiento para participar en el estudio, una vez informados de los objetivos del mismo. Se excluirán aquellos con DM tipo 1, limitación física, psíquica, cultural o enfermedad concurrente que imposibilite la aplicación de las pruebas del estudio, así como los que rechacen participar.

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

Variables. Se incluirán las siguientes: características sociodemográficas, problemas salud (CIAP-2), presencia de dislipemia aterogénica (triglicéridos elevados y c-HDL bajo, según actuales guías europeas riesgo cardiovascular y Dislipemias), estilos de vida (actividad física medida con IPAQ-breve, dieta con MEDAS-14, consumo de tabaco y alcohol), consumo de medicamentos, cumplimiento tratamiento farmacológico (Morisky-Green), riesgo cardiovascular (Score), determinaciones analíticas (perfil lipídico, glucemia, HbA1c), grado de control de DM: adecuado si HbA1c < 7 % (ADA,2019).

Análisis. Se realizará análisis descriptivo de características sociodemográficas y clínicas. Se estimará la prevalencia global de pacientes con criterios diagnósticos de DA y de los componentes de su definición (incertidumbre de estimación con intervalo de confianza: 95 %). Se estudiará la relación entre variables mediante análisis bivalente (paramétricas y no paramétricas). Se utilizará un análisis multivariante (regresión logística) para comprobar la aso-

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



ciación de la variable dependiente (control DM) con sus factores condicionantes. Se utilizará un nivel de significación $<0,05$.

Limitaciones. El sistema de selección de pacientes que acuden a las consultas ocasionará que en la muestra puedan estar más representados los pacientes más frequentadores, aunque justamente esto muestra una imagen fiel de la realidad de la consulta de AP. La participación voluntaria podría implicar un sesgo, aunque nos es posible determinar en qué sentido.

Aplicabilidad de los resultados esperados

La presencia simultánea de dislipemia aterogénica en diabéticos modifica el riesgo atribuible a la

elevación de las cifras de glucemia, repercutiendo en aspectos clínicos y terapéuticos de estos pacientes. Por tanto, los resultados pueden aportar conclusiones para mejorar el manejo de la DM en estos pacientes, así como datos útiles para elaborar programas preventivos y de intervención que contribuyan a mejorar el control.

Aspectos ético-legales

Protocolo aprobado por Comité Ético de Investigación Clínica (29/07/2019). Cada paciente otorgará su consentimiento para participar tras ser informado del estudio.

Financiación

No dispone actualmente.

Vitamina D, ¿son adecuadas nuestras peticiones analíticas?

Sánchez de Mora Parody MT, Taboada Bencomo D y Blasco Catalán EM

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Albacete. Cuenca

Correo electrónico: teresa.sanchez.de.mora@gmail.com

Objetivo

Evaluar la adecuación de las peticiones de Vitamina D (VD) a las guías clínicas. Analizar la relación entre niveles séricos y factores de riesgo de déficit de VD. Evaluar el impacto económico de las peticiones de vitamina D no justificadas.

Material y métodos

Se realizará un estudio observacional descriptivo retrospectivo sobre los datos recogidos en la historia clínica informatizada de un centro de salud de atención primaria.

Se incluirán todos los individuos mayores de 14 años que pertenecen un centro de salud a los que se les haya solicitado una determinación de VD durante el 2018, siendo la población total del centro de 15.495.

Se recogerán las siguientes variables: Socio-demográficas, estación del año, Índice de masa corporal, presencia de enfermedad renal crónica, osteoporosis, hepatopatía crónica, enfermedades que cursan con malabsorción, pacientes ingresados en residencias geriátricas, tratamiento con antiepilépticos, corticoides, VD o fármaco osteoporótico.

Recogida de datos:

Se identificarán las peticiones de VD solicitadas a pacientes pertenecientes al centro de salud durante el periodo de estudio.

Una vez obtenido el Código de identificación personal (CIP) de los pacientes, cada facultativo del centro de salud accederá a los datos de los pacientes de su cupo y añadirá las variables a una base de datos. El coordinador del centro generará una base de datos común con los datos de todas las bases de cada médico a la que añadirá un número de referencia por CIP. El coordinador del centro proporcionará a los investigadores una copia en la que no aparece el CIP, anonimizando la base de datos.

Análisis de los datos:

Se realizará un análisis descriptivo en porcentajes de las variables cualitativas y en medidas de tendencia central y de dispersión en las cuantitativas. Se analizarán las diferencias de niveles de VD por sexo, entre los diferentes grupos de riesgo y en relación con la indicación o no de tratamiento con VD, utilizando chi cuadrado y la t de Student (SPSS 12.0).

Se determinará el grado de asociación entre las variables relacionadas y el déficit de VD mediante un modelo multivariante de regresión logística.

Se analizará el coste directo de la determinación aislada de VD, calcularemos el coste total en el centro de salud durante el periodo de estudio utilizando el coste individual de cada petición.

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



Aspectos ético-legales y limitaciones

Se someterá a valoración por el Comité Ético de Investigación Clínica. El manejo de la información del estudio se realizará de acuerdo a las provisiones de la Ley Orgánica 3/2008, de 5 de diciembre y conforme la Declaración de Helsinki.

Los investigadores que accedan a las historias clínicas y creen la base de datos no serán los mismos que los colaboradores que recogen los datos, garantizando la anonimización de los datos.

No requiere financiación.

Limitaciones del estudio:

Se estudiará la población de un centro de salud y durante un periodo de tiempo. Puede existir sesgo de registro de los datos, al ser un estudio retrospectivo no sabemos si los datos que necesitamos se recogen de manera homogénea en las historias de los pacientes.

Estudio de concordancia diagnóstica entre Medicina de Familia / Dermatología / Anatomía Patológica en lesiones cutáneas sospechosas de malignidad, analizadas con dermatoscopia

González Hidalgo E y Fagundo Becerra EM

Centro de Salud de La Solana.
Ciudad Real

Correo electrónico:
enevja@gmail.com

Hipótesis de estudio

La detección y el tratamiento tempranos son posiblemente la mejor estrategia para reducir la mortalidad y la morbilidad asociadas con el melanoma y los cánceres de piel no melanoma. La formación básica en dermatoscopia del Médico de Familia (MF) ha demostrado el aumento de la sensibilidad sin disminuir la especificidad en la detección de lesiones sospechosas frente a la evaluación clásica con criterios ABCDE. El MF entrenado puede alcanzar una alta precisión diagnóstica y un alto grado de acuerdo con el dermatólogo tras un proceso formativo con este fin, demostrándose la dermatoscopia una herramienta muy útil en la consulta del MF.

Objetivo

- Conocer la concordancia diagnóstica entre MF y dermatólogos ante lesiones cutáneas sospechosas de malignidad analizadas mediante dermatoscopia.
- Determinar si los MF, tras una capacitación específica, logran una precisión diagnóstica óptima en la evaluación dermatoscópica de lesiones cutáneas que sugieren cáncer de piel y entendiendo el diagnóstico anatomopatológico como *gold standard*.

Material y métodos

Diseño del estudio: Estudio observacional prospectivo.

Ámbito de estudio: Consultas médicas con uso habitual de dermatoscopia en evaluación de lesiones cutáneas en la ZBS de La Solana y consultas de AE del Área de Manzanares (Ciudad Real)

Criterios de selección y mediciones: Se seleccionarán de forma consecutiva todos los pacientes que presenten lesiones cutáneas dermatoscópicamente sospechosas de neoplasias malignas. Estos pacientes serán derivados a consulta de dermatología para su evaluación con la orientación diagnóstica referida. El muestreo de pacientes concluirá cuando el tamaño de la muestra necesario para responder al objetivo del estudio se alcance. El tamaño muestra para la estimación del coeficiente Kappa con una precisión del 90% será de 290 pacientes con un grado de concordancia esperado del 60-75
Mediciones e intervenciones: Los MF participantes en el estudio habrán recibido una formación básica y reglamentada en dermatoscopia de 10 horas. Se valorarán tanto la orientación diagnóstica del MF como del dermatólogo a quien se deriva al paciente, como el diagnóstico anatomopatológico definitivo, valorando la concordancia diagnóstica entre 3 observadores.

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



Variables:

Variables sociodemográficas de los pacientes en estudio: Edad, sexo, fototipo cutáneo (Fitzpatrick), antecedentes familiares y personales de cáncer cutáneo.

Características clínicas-dermatoscópicas de las lesiones: Diámetro (mm), Tipo de lesión elemental (mácula, pápula, pústula, úlcera, nódulo...), Cambio de aspecto, Tiempo de evolución (meses)

Síntomas clínicos acompañantes (picor, dolor, sangrado...), Presencia de criterios ABCDE (sí/no), Lesión melanocítica / no melanocítica.

Orientación diagnóstica del MF.

Orientación diagnóstica del Dermatólogo.

Diagnóstico anatómo-patológico.

Análisis: Descriptivo de las características demográficas de los participantes en el estudio y de sus lesiones. Se utilizarán medidas de centralización y dispersión. Se compararán las lesiones según sexo

y grupos de edad mediante técnicas estadísticas bivariantes.

El objetivo principal (grado de concordancia diagnóstica global y por tipo de lesión) se determinará con el índice Kappa con intervalo de confianza al 95%, utilizando la Chi² en el análisis estadístico inferencial con variables cualitativas y T-Student para variables cuantitativas.

Aplicabilidad de los resultados esperados

Dada la alta sensibilidad diagnóstica que ofrece esta técnica en el 2º nivel asistencial, el estudio nos permitirá conocer la potencialidad de esta técnica en manos del MF en su ayuda al diagnóstico y en el manejo de las lesiones malignas de la piel.

Aspectos ético-legales

El estudio ha sido presentado al CEIC del HGCR para su aprobación.

Cumplimiento de recomendaciones de manejo del riesgo cardiovascular de la Guía 2019 ESC/EASD en pacientes diabéticos tipo 2 en Atención Primaria

Causí Jimenez A, Piedra Castro R, Jiménez Redondo JR, Yuste Martínez B, Sánchez-Seco Toledano P y Sáez Gil E

Centro de Salud Azuqueca de Henares, Guadalajara

Correo electrónico:
rpiedrac@gmail.com

Objetivos

Estudiar la adecuación del abordaje del riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos tipo 2 a la Guía 2019 ESC/EASD según su nivel de riesgo basal. Evaluar el cumplimiento de objetivos terapéuticos y factores relacionados.

Material y métodos

Diseño. Descriptivo transversal.

Lugar de realización. Centro de Salud urbano. Atención Primaria.

Criterios de selección. Pacientes 40 a 65 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 (DM2) sin enfermedad cardio-vascular establecida. Nivel riesgo cardiovascular:

- Muy alto. Daño de órgano diana (proteinuria, filtrado glomerular <30, retinopatía diabética). Excluimos pacientes con enfermedad cardiovascular establecida, que también estarían en esta categoría.
- Alto. Más de 10 años de evolución de DM2 in daño de órgano diana.
- Intermedio. Resto de pacientes diabéticos tipo 2.

Número de sujetos necesarios. Para una prevalencia de DM2 diagnosticada del 3,79 % y comorbilidad cardíaca del 14,91 % (datos Savana Manager Castilla-La Mancha) y nivel de confianza 95 % con pérdidas estimadas del 20 %. N prevista 48 pacientes.

Muestreo. Aleatorio simple

Mediciones e intervenciones. Se analizará el cumplimiento de objetivos terapéuticos de prevención cardiovascular según la guía ESC/EASD 2019.

Cumplimiento de objetivo: presión arterial sistólica <130 mmHg; HbA1c <7 % y en función de riesgo cardiovascular: Muy alto riesgo <55 mg/dl; Alto riesgo <70 mg/dl; Moderado riesgo <100 mg/dl.

Otras variables: Edad, sexo, IMC, tabaquismo, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, HbA1c%, colesterol total, HDL-Col, LDL-Col, triglicéridos, síndrome metabólico según ATP III. Actividad física (Test Minesotta actividad tiempo libre), dieta (Test Predimed 14 puntos de dieta mediterránea).

Análisis estadístico propuesto. Estadística descriptiva y de contraste de hipótesis.

SPSS 15 para Windows.

Limitaciones. La validez externa puede verse comprometida al ser un estudio en una única consulta de Atención Primaria.

Aplicabilidad de los resultados esperados

El conocimiento del cumplimiento de las recomendaciones actuales para la prevención cardiovascular en nuestros pacientes diabéticos puede ayudar a

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



diseñar estrategias de mejora que consigan disminuir el riesgo de sufrir eventos.

Aspectos Ético-Legales

Todos los pacientes participantes firmarán un consentimiento informado. Al tratarse de un estudio transversal ningún paciente sufrirá exposición a

ninguna intervención. Proyecto a evaluar por el Comité de Ética de la Investigación del área.

Financiación

Financiación con fondos propios del equipo de investigación.